

Paris, le 1 octobre 2012

QUALITE DES PROCESSUS RESTAURATION – NUTRITION

EN ETABLISSEMENT DE SANTE, MEDICO-SOCIAL et HAD

Référentiel d'évaluation

Octobre 2012

CLAN Central de l'AP-HP

Remerciements

Coordination

Dr Carol Szekely, HUPNVS Charles Richet, AP-HP

Richard Agnetti – DSAP – Siège AP-HP

Groupe de travail

Richard Agnetti - DSAP – Siège AP-HP - Paris

Catherine .Berthier, Cadre de santé diététicien, Charles Richet GHUPNVS, Paris

Caroline Bizet – Ingénieur Qualité- DPL-SG – Siège AP-HP - Paris

Michel Normand, Ingénieur Restauration, hôpital Pitié Salpêtrière, Paris

Méthodologie

Véronique Binet Decamps, pharmacien Promotion de la qualité et sécurité des soins – DPM – Siège AP-HP, Paris

Dr A. S. Poisson-Salomon, Unité Fonctionnelle d'Évaluation, Hôpital Paul Brousse, Paris

Groupe de relecture

Geneviève Marchalot, Directeur des soins, Siège AP-HP , Paris

Catherine Lesaux, Cadre supérieur de santé diététicien, Toulouse

Denis Pédron, Référent Restauration, Siège APHP, Paris

Delmas Véronique, Directeur des soins et Directeur qualité, Périgueux

Dr Brigitte Hamon-Vilcot, Hôpital Emile Roux, Val de Marne

Dr Christian Aussel, Hôpital Emile Roux, Val de Marne

Sylvie Humbert, Cadre supérieur de santé, HAD, Paris

DrTaina Louissaint, HAD, Paris

Christel Mercier, Cadre supérieur de santé diététicien, Trousseau, Paris

Véronique Binet Decamps, pharmacien, Promotion de la qualité et sécurité des soins – DPM – Siège AP-HP, Paris

Chantal Merry, Cadre de santé infirmier, GH Cochin – SVP, Paris

Dr Carol Szekely, HUPNVS Charles Richet, Paris

Betty Le Sellin Cadre hôtelier, Hôpital Corentin Celton, Paris

Christiane Montanelli, Directeur qualité et gestion des risques, GHUPIFO, Paris

Patrick Masure, Cadre de santé diététicien et responsable hôtellerie, Saint Joseph, Marseille

Francine Camuzeau, Paul Guiraud, Val de marne

Annick Macrez, Directeur qualité, HUPNVS, Paris

Géraldine Pichon, responsable qualité, HEGP, Paris

Sylvie Dorlet, Cadre de santé diététicien, Paul Guiraud, Val de marne

Claire Marandin, diététicienne, Paul Guiraud, Val de Marne

Dr Jean Fabien Zazzo, coordonateur CLAN Central AP-HP, Paris

Dr Zerah Gilbert, Clinique de la Dhuys, Sein Saint Denis.

Groupe test

Jocelyne Meuric – Cadre de santé diététicienne, Institut Curie, Paris
Valérie Garabige, Diététicienne, Institut Curie, Paris
Joëlle Deniaud, Diététicienne, Institut Curie, Paris
Olivier Moroso, Service économique, Institut Curie, Paris
Josiane Pape, Coordinatrice des soins, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne

Anne marie Cremoux, Responsable qualité, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Dr Eric Ballanger, Praticien hospitalier, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Dr Sabri Atsamena, Attaché, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne

Claudine Gourdet, Cadre de santé infirmier, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Katell Schramer, cadre expert en soins, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne

Louisette Monier, cadre de santé diététicien, Hôpital de Blois, Blois

Jérôme Geffray, Ingénieur Restauration, Hôpital de Blois, Blois

Mélanie Legras, Responsable restauration, Hôpital Vaugirard, Paris
Dr Rabéa Cotteret, Gériatre, Hôpital Paul Doumer, Oise
Stéphanie Boursier, Diététicienne, Hôpital Paul Doumer, Oise
Catherine Morlière, Diététicienne, Hôpital Paul Doumer, Oise
Marie Christine Rios-Palma, Responsable gestion des risques, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Alexandra Dubois, Equipe opérationnelle d'hygiène, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Muriel L'helgouach, diététicienne, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Valérie Ventimiglia, Responsable formation, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Remy Senouillet, Responsable restauration, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Dr Béatrice Dérycke, Présidente du CLAN, Hôpital Joffre Dupuytren, Essonne
Daniel Lemestre, Directeur des achats, de l'équipement et de l'hôtellerie, Hôpital de Blois, Blois

Méthodologie d'élaboration du référentiel

Le texte initial rédigé par le groupe de travail multidisciplinaire a été soumis au groupe de lecture multidisciplinaire qui a donné son avis à l'aide d'un support de cotation sur la pertinence du découpage du référentiel, sur le choix des références et des critères qualité ainsi que sur les éléments descriptifs des critères. Les remarques du groupe de lecture ont été intégrées dans le document qui a été soumis ensuite au groupe test multidisciplinaire pour évaluer la faisabilité d'une auto-évaluation et la pertinence des attendus et des documents/ressources pour chacun des critères. Le groupe test a émis ses avis et remarques au travail d'un document de cotation portant sur chacun des éléments constitutifs de ce document y compris les schémas. Ces avis et remarques ont été intégrés par le groupe de travail dans le référentiel final qui a été validé en réunion plénière par les membres du CLAN Central de l'APHP.

Mots clé : évaluation, Alimentation Nutrition, restauration, audit, Certification, démarche Qualité,

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
GUIDE.....	11
PARTIE I : POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DU PROCESSUS DE RESTAURATION ET DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE	11
<i>Critère 1 : L'établissement définit ses objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration</i> NA HAD	12
<i>Critère 2 : L'établissement définit ses objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients/résidents.....</i>	13
<i>Critère 3 : Le CLAN ou son équivalent participe aux actions permettant d'assurer la qualité du processus restauration.</i> NA HAD	14
<i>Critère 4 : Le CLAN ou son équivalent participe aux actions permettant d'assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients.....</i>	15
<i>Critère 5 : Il existe une évaluation périodique de la satisfaction des consommateurs sur la prestation restauration</i> NA HAD	16
<i>Critère 6 : L'établissement veille à la formation des professionnels impliqués dans lse processus restauration et dans la prise en charge nutritionnelle</i>	17

PARTIE II : RESTAURATION	18
<i>Critère 7 : L'unité de production culinaire s'organise pour que le processus restauration prenne en compte les attentes et les besoins nutritionnels de l'ensemble des consommateurs (patients/résidents, personnels, enfants des personnels).</i> NA HAD	19
<i>Critère 8 : Les secteurs d'activité clinique s'organisent pour que le processus restauration réponde aux attentes et aux besoins nutritionnels des patients/résidents.</i> NA HAD	21
<i>Critère 9 : Les secteurs d'activité clinique, l'unité de diététique/diététicien(s), le secteur de production culinaire, la fonction transport se coordonnent pour que le processus restauration réponde aux attentes et aux besoins nutritionnels des patients/résidents</i> NA HAD	23
<i>Critère 10 : Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont définies en relation avec l'unité de production culinaire et les secteurs d'activité clinique et autres structures (crèches, restaurant du personnel, etc.).</i> NA HAD	24
PARTIE III : PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE	25
<i>Critère 11 : La prescription médicale diététique est mise en œuvre en veillant à respecter les bonnes pratiques.....</i>	26
<i>Critère 12. Un projet de soins nutritionnels est établi pour tous les patients/résidents à risque nutritionnel.....</i>	27
<i>Critère 13 : Une évaluation et un suivi des critères anthropométriques (poids, IMC, %de perte de poids) sont mis en oeuvre.....</i>	28

<i>Critère 14 : Une évaluation de la capacité à s'alimenter à l'admission ou dès que le patient peut s'alimenter est réalisée.</i>	29
<i>Critère 15 : Une surveillance systématique de la prise du repas de chaque patient (contrôle de la consommation alimentaire) est réalisée.</i>	30
<i>Critère 16 : Une surveillance ciblée (contrôle d'ingesta) de la prise du repas et des autres supports nutritionnels pour les patients/résidents présentant un risque nutritionnel avéré est réalisée.</i>	31
<i>Critère 17 : La nutrition artificielle fait l'objet de procédures/protocoles écrits.</i>	32
<i>Critère 18 : La nutrition artificielle fait l'objet d'une surveillance spécifique.</i>	33
<i>Critère 19 : Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'éducation thérapeutique autorisés et/ou des actions d'éducation sont proposés et mis en place.</i>	34
<i>Critère 20 : Les différents secteurs d'activité clinique, l'unité de diététique/diététicien, les secteurs de production et la Pharmacie à Usage Interne (PUI) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge nutritionnelle.</i>	35
<i>Critère 21 : L'établissement s'organise pour que les produits de nutrition thérapeutique répondent aux besoins nutritionnels des patients.</i>	36
<i>Critère 22 : L'organisation de la sortie du patient prend en compte les éléments de la prise en charge nutritionnelle.</i>	37

PARTIE IV : SECURITE ET REGLEMENTATION	38
<i>Critère 23 : L'établissement veille à ce que les unités de production répondent aux exigences réglementaires en matière d'hygiène alimentaire applicables en restauration collective.</i>	40
<i>Critère 24 : L'établissement veille à ce que la fonction transport réponde aux exigences réglementaires en matière d'hygiène alimentaire applicables en restauration collective.</i>	41
<i>Critère 25 : L'établissement veille à ce que le « guide de bonnes pratiques en office alimentaire » soit appliqué dans les offices alimentaires.</i>	42
<i>Critère 26 : La maintenance des dispositifs médicaux nécessaires à la nutrition thérapeutique est organisée afin d'assurer la disponibilité et la sécurité de fonctionnement du matériel.</i>	43
<i>Critère 27: La gestion des risques liés au processus de prise en charge nutritionnelle est mise en œuvre.</i>	44
GLOSSAIRE	40
ANNEXES	42
<i>ANNEXE 1 : LIENS ENTRE LES CRITÈRES DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS D'ÉVALUATION</i>	42
<i>ANNEXE 2 : CLAN ET TEXTE RÉGLEMENTAIRE</i>	45
<i>ANNEXE 3 – LOGIGRAMME DES PROCESSUS RESTAURATION NUTRITION</i>	47

INTRODUCTION

Pourquoi une nouvelle version du guide

Le référentiel « Evaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins AP-HP » proposé en 2000 axait son approche sur les services de soins.

La rédaction de cette nouvelle version a été guidée par la recherche :

- d'une **démarche transversale** que ce soit dans un établissement de santé, une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou une structure médico-sociale (EHPAD,...)
- d'une **convergence des objectifs de différentes démarches** d'amélioration de la qualité, notamment la certification des établissements de santé conduite par la HAS et l'évaluation interne de la qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de la convention tripartite.

Le groupe de travail s'est également appuyé sur les deux référentiels suivants, pour combiner leurs approches et exigences :

- Évaluation de la qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins – Référentiel- AP-HP 2000
- 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. Nutr. Clin. Metabol 2003, vol. 17, no3, pp. 130-154

Les textes de référence

Plusieurs textes de référence ont été retenus pour élaborer cette nouvelle version du référentiel:

- **Des textes réglementaires, notamment :**

Décret n° 2012-143 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements de santé

Décret n°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux.

Décret n° 2012-145 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans

Loi n°2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche

Arrêté du 21 décembre 2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant

Note de service - DGAL/SDSSA/N2008-8186 du 21 juillet 2008 : Éléments d'orientation pour l'instruction des dossiers d'agrément sanitaire de certaines cuisines centrales

Arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale

Note de service - DGAL/SDSSA/N2004-8193 du 28 juillet 2004 : Publication au JOCE du « paquet hygiène »

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

Arrêté du 29 septembre 1997 Fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.
Ministère de l'agriculture et de la pêche. JO du 23 octobre 1997

Désinfection des dispositifs médicaux, Comité technique des Infections Nosocomiales (CTIN) Ministère de l'emploi et de la solidarité – 1998

Guide Technique d'Hygiène Hospitalière, Ed 2004, CCLIN Sud-Est, fiche n°5-04

Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité SFH, juin 2003

- **Les plans nationaux :**

Plan obésité 2010 – 2013. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

Plan National pour l'Alimentation (PNA) : Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire.
Février 2011

Plan National Nutrition Santé 2011 – 2015. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

- **Des recommandations, notamment :**

Recommandation « Stratégie de prise en charge de la malnutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » HAS avril 2007

Organisation de la fonction restauration à l'hôpital – Retour d'expérience Tome II, MEAH Paris février 2009.

Conseils pratiques- CCLIN SUD-OUEST- « Hygiène en restauration dans les établissements de santé », Aide à l'application de l'Arrêté du 29 septembre 1997- Juin 2000.

- **D'autres référentiels d'évaluations :**

Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS avril 2011. Paris

Outil d'auto-évaluation de la qualité des prestations offerte en EHPAD ou SLD, ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements). Juin 2000.

- **D'autres documents :**

Recommandation nutrition (GEM-RCN) (complétée et mise à jour le 10 octobre 2011), MINEFI Paris 2011

Organisation de la fonction restauration à l'hôpital – Retour d'expérience Tome II, MEAH Paris février 2009.

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition. Mettre en place et animer un CLAN : guide pour les établissements de santé, MEAH Paris Mars 2008

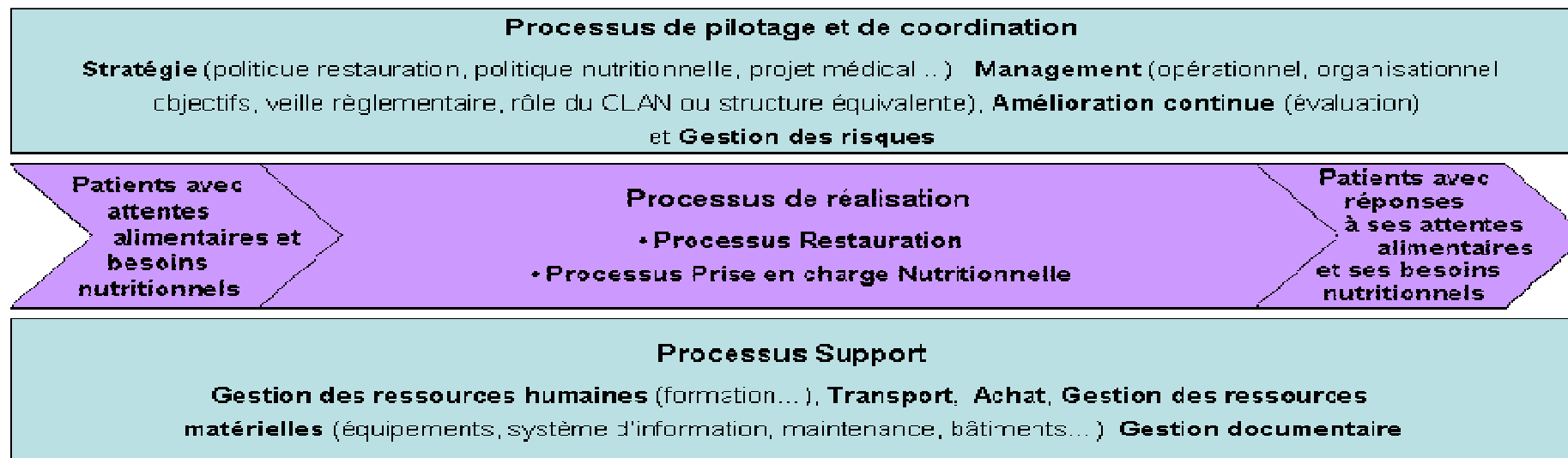
Poisson-Salomon A.S, Puissant MC, Bresson JL. Prescription médicale diététique pratique chez l'enfant à l'hôpital. Doin Paris 2006

Crenn.P, Poisson-Salomon A.S, Puissant MC,. Prescription médicale diététique pratique chez l'adulte à l'hôpital. Doin Paris 2005

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.

Structuration du référentiel

Le référentiel permet d'évaluer les deux macro-processus restauration et prise en charge nutritionnelle en lien avec les processus de pilotage et supports :



Le référentiel est structuré en quatre grandes parties

- **Politique et pilotage ;**
- **Restauration ;**
- **Prise en charge nutritionnelle ;**
- **Sécurité et Réglementation.**

Ce découpage a été réalisé afin de faciliter l'application du référentiel et notamment de pouvoir l'utiliser « à la carte », c'est à dire tout ou en partie, selon les objectifs de l'établissement de santé et/ou de la structure médico-sociale. Chaque grande partie constitue une « porte d'entrée thématique » possible.

Le référentiel se décline en 4 références et 27 critères qualité

Chaque critère se présente de la même façon :

- **Périmètre du critère**

→ permet de préciser les limites du champ d'application du critère

- **Liens du critère:**

- ***Avec d'autres critères du référentiel***

→ permet de mieux comprendre l'articulation entre eux et ainsi de veiller à la cohérence entre les constats des différents critères concernés ;

- ***Avec critères du Manuel de certification des établissements de santé V2010 HAS Version avril 2011 concernés*** (cf. annexe n°1 pour les libellés complets)

→ permet de participer à l'auto évaluation attendue dans le cadre de la certification V2010, de faciliter ainsi l'appréciation de certains items et d'en justifier la cotation ;

- ***Avec les questions du document ANGELIQUE concernées*** (cf. annexe n°1 pour les libellés complets)

→ permet de faciliter les réponses aux questions de l'outil ANGELIQUE.

- **Liste de questions à se poser**

Non exhaustives, ces éléments sont donnés à titre indicatif. Il s'agit de guider les établissements à se poser les bonnes questions pour apprécier le niveau de qualité atteint mais également les aider à identifier les marges d'amélioration.

- **Documents ressources**

Egalement non exhaustive, il s'agit d'une liste de documents constituant des éléments ressources du critère pour aider les professionnels à répondre aux questions.

Utilisation du référentiel

Cet outil doit pouvoir être utilisé à la carte. Si l'évaluation est un tout, elle peut cependant être pratiquée par segments. L'établissement/structure médico-sociale n'est pas tenu d'évaluer toutes les références en même temps.

Ce référentiel a pour objectif d'aider les établissements de santé et structures médico-sociales à :

- Établir un bilan initial
- Dégager les points forts
- Identifier les points de vulnérabilité
- Préciser les améliorations considérées comme prioritaires et les planifier dans un programme d'actions sur lequel s'appuiera l'établissement de santé et/ou structure pour mener à bien sa démarche d'amélioration continue de la qualité des processus restauration et prise en charge nutritionnelle (cf.annexe n°3)

Ce référentiel d'évaluation doit être d'un usage simple et pratique. La structuration de chaque critère doit faciliter la lecture des attendus. En complément, un outil d'évaluation sous format Excel sera proposé.

Repères méthodologiques

1-Méthode d'évaluation

Le référentiel permet de réaliser une évaluation des processus restauration et prise en charge nutritionnelle:

- soit en **auto évaluation** par les professionnels de l'établissement/structure impliqués dans les processus ;
- soit en **audit qualité interne ou externe** par des professionnels non directement impliqués dans les processus.

Dans les deux cas, l'évaluation comprend l'observation des pratiques, l'interview de personnes et la prise de connaissance de documents ressources.

Les modalités sont cependant différentes dans les deux démarches :

- dans l'auto-évaluation, les réponses aux items se font à l'occasion d'une réunion collective qui réunit les professionnels concernés.
- dans le cadre de l'audit, un observateur non impliqué dans le service procède aux entretiens individuels des différents professionnels impliqués dans les processus.

Les deux démarches se font en complémentarité, l'auto-évaluation précédant l'audit.

2-Organisation méthodologique de la démarche d'évaluation :

Dans tous les cas, il sera essentiel de :

→ Définir l'objectif de cette démarche ;

La conduite d'un tel projet réclame de s'entendre sur ce que les acteurs impliqués attendent de cette évaluation (objectifs/enjeux). En effet, l'évaluation peut :

- avoir plusieurs fonctions selon que l'on souhaite contrôler la conformité aux textes du processus, en apprécier la qualité, mobiliser les acteurs autour d'objectifs prioritaires partagés, améliorer son fonctionnement global, vérifier l'état d'avancement et de réalisation des objectifs, ...
- couvrir différents champs selon que le périmètre de l'étude intègre une partie ou l'établissement/structure dans sa globalité, les processus restauration et/ou prise en charge nutritionnelle ou une de ces étapes.

→ Mettre en place un groupe de travail pluri professionnels ;

La réussite d'un tel projet s'appuie sur une association et participation des acteurs du processus restauration-nutrition dans la démarche d'évaluation du processus et l'identification d'axes d'amélioration mais également dans la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration ;

→ Valoriser les actions positives déjà déployées.

Pour être le plus utile dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la HAS, nous conseillons l'utilisation de ce guide le plus en amont de cette procédure. De même, dans le cadre de l'auto évaluation préparatoire à la convention tripartite, nous recommandons que le référentiel soit utilisé dans les Unités de soins de longue durée (USLD) et/ou Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) bien en amont.

CLAN (ou son équivalent) et référentiel d'évaluation

Le Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) ou son équivalent participe par ses avis et ses propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle et à la qualité de la prestation alimentation-nutrition. Dans le cadre de ses missions le CLAN ou son équivalent de l'établissement/structure HAD/structure médico-sociale peut s'appuyer sur ce référentiel d'évaluation pour réaliser un état des lieux et identifier les actions prioritaires à mener.

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

GUIDE

PARTIE I : POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DU PROCESSUS DE RESTAURATION ET DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Périmètre de la partie : cette partie du référentiel cible la démarche mise en œuvre pour améliorer la qualité du processus restauration ainsi que la qualité de la prise en charge nutritionnelle.

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

Critère 1 : L'établissement définit ses objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration NA HAD

Périmètre du critère :

Les objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration couvrent un périmètre intégrant aussi bien les attendus et besoins en matière d'alimentation des populations accueillies (qualité nutritionnelle, gamme variée, achat, fabrication, distribution, évaluation, sécurité sanitaire) que la coordination entre les différents professionnels concernés par le processus restauration.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 5 et 8	Critères .1a, 2e, 6c, .7d et 9b	Questions 33, 35, 38 et 39

Attendus du critère

- L'établissement a-t-il formalisé ses objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration (projet d'établissement, projet hôtelier, projet d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement...) ?
- Les objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration tiennent-ils en compte les résultats des différentes évaluations disponibles et le contexte interne et externe (priorité nationale, priorité institutionnelle, réglementation, inspections des services vétérinaires départementaux, etc.) ?
- Les objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration prennent-ils en compte les différents thèmes suivants :
 - le choix et le respect du choix ,
 - les commissions de menu ou équivalent ,
 - la réduction du jeûne nocturne ,
 - les partenariats et les liens fonctionnels entre l'unité de production culinaire, les secteurs d'activité clinique (pôles, structure interne), et l'unité de diététique/ diététicien(s) ,
 - l'évaluation des pratiques des professionnels,
 - la satisfaction des usagers ?
- Les acteurs du processus restauration (responsables de l'unité de production, des secteurs cliniques, logistiques, diététique, etc.) sont-ils impliqués dans la définition et/ou la validation des objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration?
- Les objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration sont-ils assortis d'éléments de suivi (par exemple : tableau de bord, indicateurs, bilans d'activité...)?

Documents ressources

Volet prestation hôtelier (dont restauration) dans le projet d'établissement

Politique en matière de restauration, projet hôtelier de l'établissement de santé/structure médico-sociale.

Compte-rendu des réunions du CLAN ou son équivalent, compte-rendu des commissions de menus, compte-rendu des réunions avec les usagers.

Cahier des charges de restauration en rapport avec le contrat de restauration (si restauration concédée), Cahier des charges de restauration interne (si restauration autogérée).

Études de clientèle. Résultats des enquêtes de satisfaction patient/entourage/autres consommateurs. Diffusion des résultats d'enquêtes

Programme(s) ou plan(s) d'actions, Tableau de bord,

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

Critère 2 : L'établissement définit ses objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients/résidents

Périmètre du critère :

Les objectifs de la prise en charge nutritionnelle (PCN) doivent prendre en compte : l'âge du patient, l'existence de pathologies associées et ou de traitements médicamenteux/chirurgicaux des groupes de patients. Chaque projet de PCN devra définir les modalités de mise en œuvre adaptées et leur évaluation.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 7 et 11	Critères .17 et 19b	Q44 et 84

Attendus du critère

- L'établissement a-t-il formalisé ses objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle (projet d'établissement, projet d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement...)?
- Les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle tiennent-ils en compte des résultats des différentes évaluations disponibles et du contexte interne et externe (priorité nationale, priorité institutionnelle, réglementation, résultats IPAQSS, certification HAS, inspections des services vétérinaires départementaux, etc.) ?
- Les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle prennent-ils en compte les différents types de prise en charge : visée préventive, thérapeutique, éducative ou de confort (soin palliatif ou fin de vie) ...
- Les acteurs impliqués dans la prise en charge nutritionnelle sont-ils impliqués dans la définition et/ou la validation des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle?
- Les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle sont-ils assortis d'éléments de suivi (par exemple : tableau de bord, indicateurs, bilans d'activité...)?

Documents ressources

Projet d'établissement, Projets des secteurs d'activités
Rapport d'activité du CLAN
Études épidémiologiques : estimation de la prévalence du risque nutritionnel et de la dénutrition
Nature et fréquence des pathologies par pôle (PMSI).
Statistiques d'activité des divers secteurs clinique, par Spécialité. Statistiques du service diététique
Protocole de prise en charge nutritionnelle. Programme d'éducation thérapeutique. Recommandations des sociétés savantes portant sur les besoins nutritionnels en fonction des pathologies et des traitements
Programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

Critère 3 : Le CLAN ou son équivalent participe aux actions permettant d'assurer la qualité du processus restauration. NA HAD

Périmètre du critère :

La circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé spécifie que 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.

Liens du critère :

Critères du référentiel	Critères HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 6 et 11	Critères .1, 2c, 6c et 19b	Aucun

Attendus du critère

- Les membres du CLAN sont-ils identifiés ?
- Les missions du CLAN sont-elles définies ?
- La coordination et le fonctionnement du CLAN sont-ils définis ?
- Le CLAN ou son équivalent a-t-il été associé à l'élaboration et/ou a-t-il validé les objectifs d'amélioration de la qualité du processus restauration ?
- Le CLAN est-il associé au suivi régulier de la mise en œuvre de ces objectifs d'amélioration ?
- Le CLAN a-t-il développé des collaborations afin de constituer dans l'établissement de santé un réseau de professionnels ayant des compétences variées et complémentaires pour assurer la qualité du processus restauration ?
- Ce réseau comprend-il des référents dans les secteurs d'activités cliniques, l'unité de diététique/ diététicien, l'unité de production culinaire, le service de transport et l'équipe hôtelière ?
- Le CLAN est-il associé à l'élaboration du plan de formation ?

Documents ressources

Règlement intérieur CLAN de l'établissement de santé.
Compte- rendu des réunions du CLAN ou son équivalent
Rapport d'activité du CLAN ou son équivalent
Plan de formation
Organigramme fonctionnel du CLAN ou de l'équivalent

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

Critère 4 : Le CLAN ou son équivalent participe aux actions permettant d'assurer la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients

Périmètre du critère :

La circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé spécifie que 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.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 3, 6 et 22	Critères .2c, 19b et 23a	Aucune

Attendus du critère

Le CLAN ou son équivalent :

- est-il associé à l'identification des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge nutritionnelle dans l'établissement/structure?
- est-il associé au suivi régulier de la mise en œuvre de ces objectifs d'amélioration ?
- participe-t-il à l'organisation du déploiement de la démarche dans tous les secteurs d'activité clinique (par exemple : développement d'un réseau de référents, implication direct du CLAN et accompagnement de certains professionnels, soutien méthodologique, participation à des groupes de travail ...) ?
- est-il associé à l'évaluation de l'application des protocoles/procédures en lien avec la prise en charge nutritionnelle ?
- a-t-il développé un partenariat avec les instances (CLIN, COMEDIMS, CVRIS), la CME et la CSIRMT impliquées dans la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge nutritionnelle des patients ?
- est-il associé à tout programme d'éducation thérapeutique dans le domaine de la nutrition proposé par les pôles (demande d'autorisation, formalisation des documents, organisation et coordination de la qualité) ?
- est-il associé à des actions d'éducation thérapeutique dans le domaine de la nutrition proposées par les secteurs d'activité clinique ?

Des travaux ou des actions de collaboration entre le CLAN et les pôles cliniques en matière de nutrition sont-elles mises en oeuvre? (par exemple : programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles (ou EPP), protocole de soin, protocole de recherche, action de formation, enquête de satisfaction...)

Documents ressources

Compte rendu des réunions du CLAN, Rapport d'activité du CLAN
Travaux produits par le CLAN
Programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
Programme d'amélioration de la qualité

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

Critère 5 : Il existe une évaluation périodique de la satisfaction des consommateurs sur la prestation restauration NA HAD

Périmètre du critère :

L'évaluation de la satisfaction de la prestation restauration concerne tous les consommateurs (patients/résidents/entourage, personnels, enfants des personnels) et porte sur différents éléments notamment : la qualité globale du plat, son assaisonnement, les quantités, la température des plats (chaud et froid), le choix du repas et le respect de celui-ci, les horaires du repas et le temps de prise de repas, l'environnement du repas et l'aide apportée en cas de nécessité. Il est important de recueillir l'avis des personnes soignées qui ne consomment pas ou une partie seulement des repas.

Liens du critère :

Critères du référentiel	Critères HAS	Questions du référentiel ANGELIQUE
Critères 1, 9 et 16	Critères .6c, 9b	Q33, 38

Attendus du critère

- Des évaluations périodiques de la satisfaction de la prestation repas sont-elles réalisées auprès des patients/résidents/entourage: enquête, audit ciblé, commission de goût, etc.?
- Des évaluations périodiques de la satisfaction de la prestation repas sont-elles réalisées auprès des personnels et/ou des enfants des personnels ?
- Les méthodes et/ou outils utilisés sont-ils validés en commission ad hoc ?
- Ces méthodologies précisent-elles les modalités d'évaluation (par exemple : mode de recueil, périodicité, responsabilités dans le recueil, l'analyse, le retour...)?
- Les items en lien avec la qualité de la prestation restauration notamment : qualité des plats, température, horaires, qualité du service, aide au repas sont-ils évalués ?
- Les résultats de ses évaluations sont-ils analysés, exploités .
- Les résultats de ses évaluations sont-ils communiqués aux professionnels, patients, représentant des usagers et/ou des familles?
- Des plans d'actions sont ils élaborés, diffusés et évalués ?

Documents ressources

Méthodologie d'enquête de satisfaction et Résultat des enquêtes de satisfaction

Compte-rendu des réunions de travail et Plan d'action.

Compte-rendu du CLAN

Plan de communication

Compte rendu des réunions des représentants des usagers et/ou des représentants des familles.

Référence I : L'établissement met en place une politique restauration et nutrition, il en assure le pilotage.

Critère 6 : L'établissement veille à la formation des professionnels impliqués dans le processus restauration et dans la prise en charge nutritionnelle

Périmètre du critère :

La formation des professionnels impliqués (restauration, logistiques et soignants) repose sur un triple objectif :

- maintenir et améliorer l'état nutritionnel des patients/résidents
- maîtriser la sécurité sanitaire
- améliorer la satisfaction des patients/résidents et des autres consommateurs

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 1, 11, 23, 24 et 25	Critères .3a, 10a et 19b	Aucune

Attendus du critère

- L'expression des besoins en formation est-elle favorisée et recueillie auprès des professionnels concernés?
- Le plan de formation est-il formalisé en lien avec l'expression des besoins de chaque secteur ?
- Le CLAN ou son équivalent est-il associé à l'élaboration et la validation du plan de formation ?
- Le plan de formation validé est-il suivi?
- Des dispositions sont-elles prises pour évaluer l'impact des plans de formation (mise en place d'indicateurs de suivi, suivi dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation, contrôle des connaissances acquises par les responsables des personnes impliquées,...) ?

Documents ressources

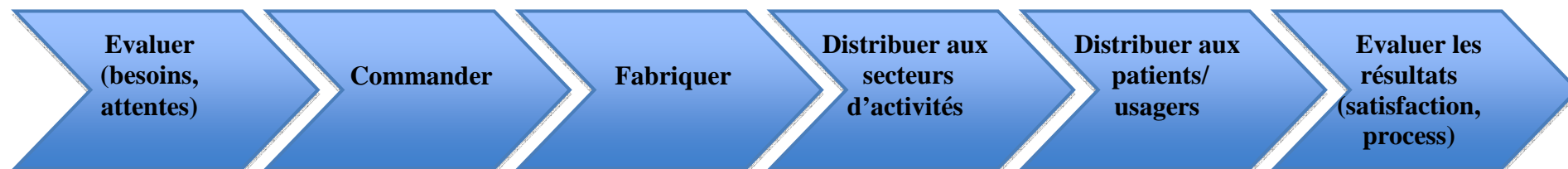
Plan de formation et nombre de personnels formés
Résultats des évaluations des modules de formation
Compte-rendu du CLAN

PARTIE II : RESTAURATION

Périmètre de la partie:

Cette partie correspond au processus de restauration qui englobe un ensemble d'étapes qui permettent de fournir aux usagers (patients/résidents, personnels, enfants des personnels, etc.) une alimentation conforme à leurs attentes et à leurs besoins nutritionnels : évaluation des besoins et des attentes, commande repas, fabrication, distribution

Processus restauration:



Référence II : L'établissement s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière de restauration

Critère 7 : L'unité de production culinaire s'organise pour que le processus restauration prenne en compte les attentes et les besoins nutritionnels de l'ensemble des consommateurs (patients/résidents, personnels, enfants des personnels). NA HAD

Périmètre du critère :

Le processus restauration dans l'unité de production culinaire comprend les étapes de collecte et d'analyse de l'expression des attentes et des besoins de l'ensemble des consommateurs, l'approvisionnement, la fabrication et le conditionnement (plateau, multi portion) pour fournir aux patients/résidents et autres consommateurs une réponse à leurs attentes (choix, aspects, culte) et besoins (repas conforme aux besoins en énergies, aux besoins en protéines, aux capacités digestives, aux handicaps, à la sécurité sanitaire) définis par la prescription médicale diététique

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 5, 8, 20 et 23	Critères .6c, 10d et 19b	Q34, 35 et 100

Attendus du critère:

Dans le cas de la restauration autogérée

- Le cahier des charges des denrées alimentaires prend-t-il en compte l'expression des besoins et des attentes ?
- Sa rédaction associe-t-elle les professionnels concernés par le processus restauration ?
- Le référencement des fournisseurs est-il fondé sur des critères techniques incluant la qualité attendue des produits (qualité organoleptique et nutritionnelle) ?
- Un système de suivi des fournisseurs est-il mis en place (enregistrement et suivi des non-conformités) ?
- Un système documentaire couvrant l'ensemble du processus restauration est-il mis en place (fiche technique, plan de menu, etc) ?
- Un système d'information (papier, informatique, progiciel dédié) de la commande repas à la commande de denrée alimentaire est-il mis en place ?
- Le système d'information (papier, informatique, progiciel dédié) permet-il de répondre :
 - o aux préférences, attentes, besoins standards et spécifiques (commandes imprévues, repas froids, commandes « hors horaires », admissions tardives...., urgences)
 - o aux changements de dernière minute (modification de régime, changement de service)
- Des évaluations sont-elles conduites (enquêtes satisfaction, non conformités, de consommation, etc ...)
- L'ensemble des évaluations participe-t-il à l'amélioration du processus restauration ?

Dans le cas de la restauration autogérée

Le cahier des clauses techniques particulières définit-il :

- les types d'alimentations (régimes) particulières attendus au regard des besoins des patients en terme qualitatif (choix des produits et fiches techniques de fabrication) et quantitatif (nombre de composante par repas, nombre de repas par jour) ;
- les grammages par type de plat et par type de consommateur ;

Référence II : L'établissement s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière de restauration

- les modalités de changement de dernières minutes ;
- les types d'évaluations à conduire (enquêtes satisfaction, conformités, consommation, etc ...) ;
- la prise en compte de ces évaluations pour l'amélioration du processus restauration ?

Documents ressources

Cahier des charges établi par l'établissement selon les types de produits alimentaires

Cahier des charges de restauration (interne et externe)

Fiche technique

Plan de menu

Résultats des évaluations, des enquêtes de satisfaction patients/résidents, autres consommateurs

Registre réclamations/plaintes

Fiche de signalement des événements indésirables

Contrôles de la qualité gustative des repas en cuisine

Compte-rendu des réunions d'analyse des évaluations, des enquêtes de satisfaction, des réclamations, des non conformités

Plan(s) d'actions

Référence II : L'établissement s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière de restauration

Critère 8 : Les secteurs d'activité clinique s'organisent pour que le processus restauration réponde aux attentes et aux besoins nutritionnels des patients/résidents. NA HAD

Périmètre du critère :

Le processus restauration dans les secteurs d'activité clinique comprend l'expression et le recueil des préférences, choix et besoins, la commande des repas, la réception de la livraison, la remise en température ou le maintien, la distribution d'un repas au patient conforme à la commande, l'installation pour la prise du repas et la surveillance de la prise alimentaire.

Liens du critère :

Critères du référentiel	Critères HAS	Question du référentiel ANGELIQUE
Critères 4, 6, 8, 20 et 15	Critères .6.c, 9.b et 18a	Questions 33, 35, 37 et 39

Attendus du critère

- Au sein du secteur d'activité clinique, les modalités organisationnelles des différentes étapes du processus restauration sont-elles formalisées (planning des tâches, horaire de distribution, etc.) ?
- La commande des repas prend-elle en compte la prescription médicale diététique, l'handicap du patient touchant son alimentation, les préférences (gouts, culturel, culte) ?
- Une offre alternative (carte de mets constants ou de fixe) est-elle possible?
- Une vérification des aspects quantitatifs (nombre de plateaux, nombre de plats, de denrées) est-elle réalisée à la réception de la commande ?
- Une vérification des aspects qualitatifs (respect du choix, Date limite de consommation, température, respect de la prescription médicale diététique) est-elle réalisée à la réception de la commande ?
- La remise en température est-elle réalisée dans le respect de la réglementation quelque soit l'heure du repas y compris les repas différés (plat chaud à 63°C)?
- La distribution est-elle réalisée dans le respect des règles d'hygiène ?
- La distribution des repas permet-elle de répondre aux attentes et aux besoins du patient en termes d'horaire (jeûne nocturne, rythme biologique, durée du repas), respect du choix, offre d'assaisonnement, installation, collation, repas différé ou demande spécifique ?
- L'aide au repas est-elle organisée ?
- Les procédures décrivant les modalités organisationnelles du processus restauration au sein des secteurs clinique sont-elles déclinées en mode dégradé ?
- La surveillance de la prise du repas est-elle réalisée et tracée le cas échéant sur prescription ou selon protocole de prise en charge?
- Le débarassage du repas est-il réalisé dans le respect des règles d'hygiène ?
- Un guide de bonnes pratiques en office alimentaire reprenant l'ensemble des procédures (commande repas, réception, remise en température, distribution, stockage, nettoyage) est-il connu, accessible et mis à jour ?

Référence II : L'établissement s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière de restauration

- Les secteurs d'activité clinique qui proposent un repas en salle à manger et servi à l'assiette assurent-ils un contrôle qualité de :
 - la présentation du plat ;
 - l'environnement (sonore, visuel, olfactif, etc.) du repas ;
 - le savoir faire et savoir être des professionnels affectés à cette activité ;
- Les secteurs d'activité clinique s'assurent-ils que les professionnels concernés par la prestation restauration sont formés :
 - aux règles d'hygiènes ;
 - à la distribution des repas (savoir faire et savoir être) ;
 - à la surveillance des repas ;
 - au débarrassage ?
- Des évaluations sont-elles conduites ? (enquête satisfaction,...)
- L'évaluation de la satisfaction des patients prend –telle en compte les questions du choix, de l'aide au repas, de l'installation ?
- Un recueil, une analyse et un traitement des non conformités sont- ils réalisés ?
- Les non-conformités font-elles l'objet d'un suivi ?

Documents ressources

Livret d'accueil du patient

Guide de bonne pratique en office alimentaire

Plans de formation, supports d'actions d'information, suivis des présences de formation

Plan d'action suite aux différents résultats d'évaluation : enquêtes de satisfaction du patient, audit ou évaluation ciblée en office alimentaire, rapport de la Direction départementale des services vétérinaires, réclamations et plaintes, déclaration des non conformités

Fiches de traçabilité...

Fiches de poste des différents professionnels concernés

Référence II : L'établissement s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière de restauration

Critère 9 : Les secteurs d'activité clinique, l'unité de diététique/diététicien(s), le secteur de production culinaire, la fonction transport se coordonnent pour que le processus restauration réponde aux attentes et aux besoins nutritionnels des patients/résidents NA HAD

Périmètre du critère :

La coordination repose sur une clarification et une définition du rôle de chacun (équipes de production alimentaire, de diététique, de transport intra et/ou inter hospitalier, et secteurs d'activité clinique) notamment au niveau des interfaces dans le processus restauration.

Liens du critère :

Questions du référentiel	Critères HAS	Questions du référentiel ANGELIQUE
Critères 9, 10, 20, 21, et 24	Critères .6c, et 19b, 17a, 18a	Aucune

Attendus du critère

- Des modalités de coordination (entre les secteurs de production culinaire, les secteurs d'activité clinique, l'unité de diététique et le transport intra et/ou interhospitalier) existent-elles ? (par exemple : réunion de service, commission de menu, réunion du CLAN, etc)
- Des modalités de concertation en « urgence » existent-elles lorsqu'une décision rapide doit être prise ?
- Les sujets suivants y sont-ils traités :
 - o besoins des patients/résidents ?
 - o choix et le respect du choix ?
 - o déclaration et la gestion des non conformités ?
 - o jeûne nocturne < 12 heures ?
- Des modalités de transmission de l'information sont-elle définies (par exemple: fiche de liaison,...) ?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour s'assurer que les dispositions définies sont respectées (par exemple : conduite d'audits, enquête de satisfaction auprès des patients, analyse des évènements indésirables, suivi d'indicateurs...) ?

Documents ressources

Procédures du processus restauration (livraison, réception, etc)

Modalité de coordination précisant les liens entre l'unité de diététique et les responsables des secteurs d'activité de la restauration (procédures, règlement intérieur, fiche technique, tec).

Comptes-rendus de Groupes de travail spécifiques liés aux typologies de patients/résidents et/ou aux modes d'hospitalisation (par exemple pour les patients en chimiothérapie...), à la réduction du jeûne nocturne..

Cahier des charges de restauration, Plan alimentaire et plan de menu, Fiches techniques

Recommandations nutritionnelles, apports Nutritionnels conseillés mis en œuvre sur l'établissement de santé.

Compte-rendu de commission de menu, de dégustation

Référence II : L'établissement s'organise pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers en matière de restauration

Critère 10 : Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont définies en relation avec l'unité de production culinaire et les secteurs d'activité clinique et autres structures (crèches, restaurant du personnel, etc.). NA HAD

Périmètre du critère :

La fonction transport concerne l'acheminement de tous types de repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner, etc.) pour tous types de consommateurs (patients/résidents, personnels, enfants du personnel) de l'unité de production aux lieux de consommation et le retour des matériels à l'unité de production.

Liens du critère :

Critères du référentiel	Critères HAS	Questions du référentiel ANGELIQUE
Critères 8 et 25	Critères 3a et 18a	Q100

Attendus du critère

- Un personnel est-il dédié à la fonction transport ?
- Les missions de ce personnel sont-elles formalisées dans un document (par exemple : fiche de poste, fiche de tâche, etc.) ?
- Les modalités de la fonction transport sont-elles définies (par exemple : description des étapes à suivre, horaires, lieux, procédures) ?
- Des formations sont-elles proposées sur les thèmes de l'hygiène, la manipulation des matériels, le transport ?
- La formation des nouveaux personnels est-elle assurée ?
- Tous les personnels sont-ils formés une fois par an au moins sur le thème de l'hygiène ?
- A chaque étape clés du processus transport, notamment prise en charge au niveau de la cuisine, transport, livraison dans les unités (étapes impliquant le couple temps/température) une traçabilité est-elle assurée (heure et lieu de livraison, heure de ramassage, etc.) ?
- Des évaluations sont-elles conduites ? (par exemple : enquête satisfaction, audit,...)
- Un recueil, une analyse et un traitement des non conformités sont-ils réalisés ?
- Les non-conformités sont-elles l'objet d'un suivi ?

Documents ressources

Documents relatifs aux modalités organisationnelles du transport : guide de bonne pratique, procédures, interface avec les différents prestataires, fiches de mission

Cahier des charges de la prestation transport (si concédée)

Support de traçabilité utilisé lors des livraisons

Résultats des évaluations

Gestion des événements indésirables liés aux repas

Analyse des signalements et mesures correctives

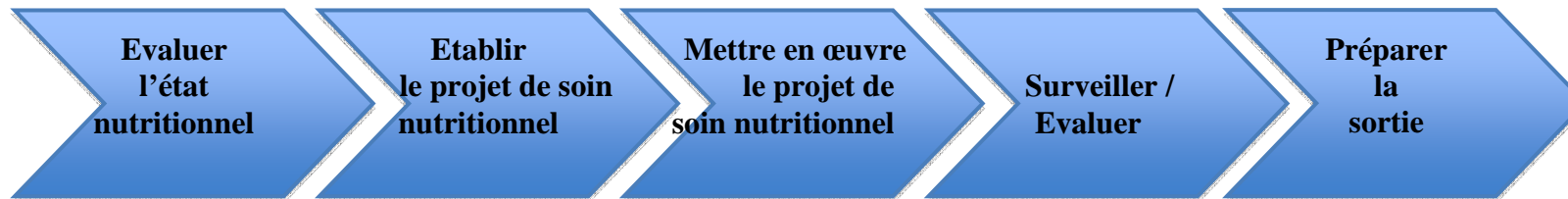
GUIDE

PARTIE III : PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Périmètre de la partie :

La prise en charge nutritionnelle comprend l'évaluation de l'état nutritionnel, l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soin nutritionnel personnalisé ainsi que son évaluation, et la préparation de la sortie le cas échéant. Sa mise en œuvre est réalisée par des professionnels identifiés qui se coordonnent.

Processus de prise en charge nutritionnelle:



Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 11 : La prescription médicale diététique est mise en œuvre en veillant à respecter les bonnes pratiques.

Périmètre du critère :

La prescription médicale diététique est l'élément déclencheur de la réalisation du soin nutritionnel individualisé au patient. Afin d'éviter une grande variabilité des pratiques elle repose sur un consensus de terminologie.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 2 et 11	Critères .19b	Q44

Attendus du critère

- L'établissement/structure définit-il clairement les stratégies nutritionnelles auxquelles il peut être confronté à l'aide de termes clairs, définis et connus de tous (par exemple : mise à disposition du guide "Prescription médicale diététique pratique chez l'adulte à l'hôpital, Doin, Paris 2005")?
- Les modalités de prescription médicale diététique sont-elles définies dans un document actualisé et accessible à tous les professionnels concernés ?
- Les modalités de prescription médicale diététique sont-elles élaborées en concertation avec les professionnels concernés (médecins, diététiciens, etc.) ?
- Les modalités de prescription médicale diététique sont-elles validées par le CLAN ou équivalent ?
- Ces modalités sont-elles systématiquement remises aux nouveaux personnels impliqués dans cette prise en charge nutritionnelle ?
- Ces modalités font-elles l'objet de formations dans les services ?
- La prescription médicale diététique est-elle tracée ?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour évaluer et prendre en compte l'application des bonnes pratiques de prescription (par exemple : audit, ...)?

Documents ressources

Guide de bonne pratique de prescription médicale diététique
Programme d'évaluation et d'amélioration
Programme de formation, attestation de formation

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 12. Un projet de soins nutritionnels est établi pour tous les patients/résidents à risque nutritionnel

Périmètre du critère :

Ce critère s'adresse spécifiquement aux patients ayant des risques nutritionnels.

Le projet de soins nutritionnels prend en compte les besoins nutritionnels du patient, ses handicaps et est adapté à la situation métabolique du patient. Il se conçoit dans le cadre d'une concertation pluri professionnel (médecin, infirmier, diététicien, aide soignant, orthophoniste, etc..)

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 2, 13 et 14	Critères .17a , 19b et 18.a	Q84

Attendus du critère

- Les situations à risques nutritionnelles sont-elles clairement définies au niveau de l'établissement/pôle ?
- Une prescription médicale nutritionnelle est-elle systématique établie pour tout patient à risque ?
- Toute nutrition thérapeutique est-elle mise en œuvre selon une prescription médicale nutritionnelle ?
- Dans les situations instables, un réajustement est-il fait dans un délai de moins de 48 heures si besoins?
- Le projet de soin nutritionnel individualisé est-il abordé aux cours des réunions pluri professionnelles, réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ?
- Fait-il l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient ?
- Ce projet est-il évalué et réajusté ?

Documents ressources

Protocole pour le repérage du risque nutritionnel et le suivi de l'état nutritionnel

Protocole pour les prises en charge nutritionnelle correspondant aux pathologies du service

Dossier patient

Réunions de concertation pluridisciplinaires

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 13 : Une évaluation et un suivi des critères anthropométriques (poids, IMC, %de perte de poids) sont mis en oeuvre

Périmètre du critère :

L'évaluation des critères anthropométriques est un élément essentiel du diagnostic et du suivi des troubles nutritionnels du patient. Ces critères sont définis en fonction des pathologies traitées et de la prise en charge globale de la personne soignée. Ils concernent entre autre le poids, le calcul de l'IMC, l'étude de la variation de poids. Toutes les données sont tracées dans le dossier du patient.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 2, 11 et 14	Critères .19b	Q 42

Attendus du critère

- Le recueil des critères anthropométriques, dans le dossier du patient, est-il assuré dès l'admission du patient et tout au long de sa prise en charge, selon les recommandations en vigueur :
 - o en MCO au cours des deux premiers jours d'hospitalisation,
 - o en SSR à l'entrée, puis tous les 15 jours
 - o en SLD, à l'entrée, puis une fois par mois
 - o en HAD, au cours de la 1^{ère} semaine d'hospitalisation puis une seconde fois quinze jours après.
 - o en institution : au moins une fois par mois ?
- La traçabilité, dans le dossier du patient, du suivi des critères anthropométriques est-elle évaluée (par exemple : conduites d'audits réguliers de la tenue du dossier patient,..) ?
- En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont-elles mises en oeuvre et suivies ?

Documents ressources

IPAQSS : indicateurs « Dépistage des troubles nutritionnels (DTN) » pour les établissements concernés.

Évaluation (Audit, EPP, etc.)

Dossiers patients

Protocole de prise en charge nutritionnelle

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 14 : Une évaluation de la capacité à s'alimenter à l'admission ou dès que le patient peut s'alimenter est réalisée

Périmètre du critère :

L'étude la capacité à s'alimenter repose sur l'observation clinique, l'évaluation cognitive et l'entretien avec le patient.

Elle permet d'adapter l'offre alimentaire, l'environnement du repas et les aides au repas si besoin : patient présentant des troubles de la mastication, déglutition, salivation, des douleurs gênants la prise alimentaire, satiété précoce, faible appétit, problèmes dentaires, mouvements anormaux bucco-faciaux, troubles cognitifs, perte d'autonomie. Elle permet d'évaluer la consommation alimentaire potentielle du patient, de la maintenir, de l'augmenter ou de proposer une autre stratégie nutritionnelle. Cette évaluation est tracée dans le dossier du patient.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 7, 8 et 16	Critères .17a et 19b	Aucune

Attendus du critère

- Des dispositions sont-elles prévues pour que les professionnels concernés réalisent une évaluation de la capacité à s'alimenter du patient (par exemple : existence d'un support de recueil de données spécifiques, ...)?
- En fonction des résultats de cette évaluation, l'offre alimentaire est-elle adaptée et tracée dans le dossier du patient ?
- En fonction des résultats de cette évaluation, l'environnement du repas est-il adapté et cette adaptation tracée dans le dossier du patient ?
- En fonction des résultats de cette évaluation, l'aide au repas est-elle proposée et tracée dans le dossier du patient ?
- Les modalités d'adaptation de l'alimentation aux capacités du patient (aide au repas, environnement, offre alimentaire) sont-elles définies dans un document diffusé en version actualisée à tous les professionnels concernés ?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour s'assurer de la trace dans le dossier du patient des informations relatives à la capacité du patient à s'alimenter (par exemple : audits, ...)?
- En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont-elles mises en œuvre et suivies ?

Documents ressources

Support de recueil de données spécifiques

Protocole d'évaluation des possibilités d'alimentation (recherche de difficultés de mastication, salivation, dentition, déglutition...)

Protocole d'évaluation des capacités instrumentales (recherche de handicaps physiques et/ou psychiques entravant l'autonomie)

Recommandation pour l'adaptation de l'alimentation en cas de handicap.

Dossier patient

Rapport d'audit

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 15 : Une surveillance systématique de la prise du repas de chaque patient (contrôle de la consommation alimentaire) est réalisée.

Périmètre du critère :

La mise en place de la surveillance systématique de la consommation du repas repose sur l'appréciation globale de la consommation alimentaire du patient. Cette surveillance peut conduire à un contrôle et calcul d'ingesta qui sont abordés dans le critère suivant.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 7 et 8	Critères 17a et 19b	Aucune

Attendus du critère

- Des modalités sont-elles mises en œuvre pour assurer une surveillance systématique de la consommation des repas ?
- Des modalités sont-elles prévues pour assurer une traçabilité dans le dossier du patient des informations relatives à la surveillance de la prise du repas de chaque patient ?
- Des actions de sensibilisation et/ou formations sont-elles conduites sur le thème de la surveillance des repas (intérêt, modalités, etc..) auprès des personnes concernées?
- Le recueil de ces informations permet-il d'identifier les patients/résidents devant faire l'objet d'une surveillance plus précise ?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour s'assurer de la trace dans le dossier du patient de cette surveillance (par exemple : audits, ...)?
- En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont-elles mises en œuvre et suivies ?

Documents ressources

Document sur la surveillance de la prise alimentaire (type document du Programme National Nutrition Santé)
Dossier patient
Supports permettant la surveillance simple et quotidienne de la prise du repas.
Plan de formation
Rapport d'audit

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 16 : Une surveillance ciblée (contrôle d'ingesta) de la prise du repas et des autres supports nutritionnels pour les patients/résidents présentant un risque nutritionnel avéré est réalisée

Périmètre du critère :

Cette surveillance consiste en un relevé précis (qualitatif et quantitatif) sur 72 heures de l'ensemble des supports nutritionnels : nutrition orale (repas, collations, apport alimentaires extérieurs, Complément Nutritionnel Oraux) et nutrition entérale et/ou parentérale. Ce relevé est valorisé sous forme d'apport nutritionnel Energie, Protide, Lipide, Glucide et autres éléments. Il permet la surveillance des patients/résidents identifiés à risque et le réajustement des supports nutritionnels en parallèle.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critère 16	Critères .12a	Aucune

Attendus du critère

- Des modalités sont-elles prévues et mises en place pour permettre l'identification des patients/résidents à risque nutritionnel nécessitant la mise en place d'une surveillance alimentaire ciblée ?
- Des dispositions sont-elles prévues pour assurer une traçabilité dans le dossier du patient de la surveillance ciblée (par exemple : support spécifique)?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour permettre la valorisation précise des apports identifiés (par exemple : logiciel, professionnels compétents en nombre suffisant)?
- Les modalités permettant d'assurer la traçabilité de cette surveillance dans le dossier du patient sont-elles harmonisées sur l'établissement/structure ?
- Les modalités permettant d'assurer la traçabilité de cette surveillance ciblée dans le dossier du patient sont-elles formalisées ?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour s'assurer que les dispositions prévues pour garantir cette surveillance sont respectées (par exemple : conduites d'audit, mise en œuvre de tests de connaissance des professionnels, enquête, analyse des évènements indésirables, suivi indicateur ...) ?
- En fonction des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont-elles mises en œuvre et suivies ?

Documents ressources

- Support de surveillance ciblé
- Méthodologie d'utilisation du support de surveillance ciblé
- Protocole d'identification des patients à risque nutritionnel
- Dossier patient
- Rapport d'audit

PARTIE 3
Prise en charge nutritionnelle

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 17 : La nutrition artificielle fait l'objet de procédures/protocoles écrits

Périmètre du critère :

La nutrition artificielle comprend la nutrition entérale et la nutrition parentérale. Le mot procédure/protocole doit s'entendre comme définition des modalités d'utilisation, de surveillance de la nutrition artificielle, et de la gestion des déchets liés à son utilisation.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 11, 21 et 29	Critère 19b	Aucun

Attendus du critère

- Des procédures et protocoles sont-ils définis sur :
 - o les modalités de la prescription médicale ;
 - o les modalités de la couverture des besoins nutritionnels théoriques
 - o les modalités d'utilisation des produits et matériels (mise en route, passage simultané de produit et d'eau, etc.) ;
 - o les modalités de choix des consommables et du matériel ;
 - o les modalités de surveillance (quantité de produit passé, problèmes survenus, indicateurs cliniques et nutritionnels) et traçabilité des actions ;
 - o les modalités d'élimination (gestion des déchets)?
- Les procédures et protocoles ont-ils été élaborés et/ou validés en concertation avec les commissions concernées (CLIN, CLAN, COMEDIMS)?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour s'assurer que les dispositions prévues sont respectées (par exemple : audit(s), mise tests de connaissance des professionnels, enquête, analyse évènement indésirable, suivi d'indicateur(s) ...) ?

Documents ressources

- Protocoles / Procédures /guide de bonnes pratiques
- Fiches techniques ou modes opératoires
- Rapport(s) d'audit et autres résultats d'évaluation (test de connaissance, enquête,...)
- Guide de bonnes pratiques
- Recommandations nationales

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 18 : La nutrition artificielle fait l'objet d'une surveillance spécifique

Périmètre du critère :

La nutrition artificielle comprend la nutrition entérale et la nutrition parentérale. La surveillance porte sur les aspects cliniques et nutritionnels mais également sur l'administration (modalités d'administration, quantité administrée, ..) du produit.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 11, 18 et 21	Critères 19b	Aucun

Attendus du critère

- Des dispositions sont-elles prévues pour assurer une traçabilité dans le dossier du patient de l'administration du produit à chaque prise (horaire, volume passé) (par exemple : document unique prescription-administration,...)?

La surveillance porte-t-elle sur :

- o la couverture des besoins nutritionnels ?
 - o la tolérance de la nutrition entérale (troubles digestifs, hydratation, toux, etc) ?
 - o les éventuelles complications de la nutrition parentérale (infection, syndrome de renutrition, insuffisance rénale, hyperglycémie, troubles ioniques, etc.) ?
 - o l'efficacité nutritionnelle (poids, capacités fonctionnelles, albumine, transthyréteine, etc) ?
- La surveillance s'appuie-t-elle sur des éléments liés à l'administration et sur le suivi d'indicateurs de pratique clinique (poids, transit, etc..) ?
- Les réajustements éventuels sont-ils tracés ?
- L'arrêt ou la non administration d'un traitement est-il mentionné dans le dossier du patient ?

Documents ressources

Dossier patient

Rapport d'audit (s), indicateurs

Protocole / procédure/ fiche technique concernant la nutrition entérale

Protocole / procédure/ fiche technique concernant la nutrition parentérale

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 19 : Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'éducation thérapeutique autorisés et/ou des actions d'éducation sont proposés et mis en place.

Périmètre du critère :

L'éducation thérapeutique du Patient (ETP) représente un axe important à développer dans le cadre du projet de soin nutritionnel du patient pour veiller à ce que le patient acquière une autonomie vis-à-vis de sa prise en charge nutritionnelle.

L'ETP repose sur un ensemble de méthodes et d'outils développés dans un cadre pluridisciplinaire qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins ainsi que la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

Même si l'établissement/structure ne développe pas de programme d'ETP autorisé, des actions éducatives et/ou des initiations et/ou des conseils inhérents à la prise en charge nutritionnelle des patients doivent également être mis en place.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 11, 19, 22 et 27	Critères 19b, 23a et 17a	Aucun

Attendus du critère

- L'établissement/structure conduit-il des actions d'éducation selon différentes modalités : livret, document remis au patient, réunion, atelier, journée thématique ?
- Dans le cadre d'éducation thérapeutique du Patient (ou ETP), ces actions s'appuient-elles sur un programme écrit et structuré autour des 4 étapes suivantes :
 - o le diagnostic éducatif et la définition d'objectifs personnalisés avec le patient,
 - o la mise en œuvre de la démarche éducative,
 - o l'évaluation des acquis du patient au terme de la session d'éducation,
 - o le suivi éducatif ?
- Des formations à l'ETP sont-elles proposées aux professionnels de santé concernés?
- Le CLAN collabore-t-il à la mise en œuvre des programmes d'ETP ou autres activités d'éducation nutritionnelles ?

Documents ressources

Tout support utilisé dans le cadre d'actions éducatives, d'initiation aux soins et de conseils en lien avec la prise en charge nutritionnelle

Programme(s) d'éducation thérapeutique autorisé(s)

Dossier patient. Plans de formation, supports d'actions d'information

Documents d'information (plaquettes), programme d'éducation (papier, vidéo, etc.). Résultats des évaluations

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 20 : Les différents secteurs d'activité clinique, l'unité de diététique/diététicien, les secteurs de production et la Pharmacie à Usage Interne (PUI) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge nutritionnelle

Périmètre du critère :

La prise en charge nutritionnelle est un processus complexe qui mobilise de nombreux professionnels (médecins, infirmiers, aide soignants, diététiciens, personnel de restauration, pharmaciens, etc.) dont la coordination est essentielle pour assurer la continuité de la prise en charge nutritionnelle (PCN).

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 5, 8 et 21	Critères 14a, 18a et 19b	Aucune

Attendus du critère

- Des modalités de coordination de la PCN avec les prestataires de soins et logistiques sont-elles mises en œuvre au sein des secteurs d'activité clinique ? (par exemple : réunion de service, fiche de liaison, ...)
- Des modalités de coordination de la PCN sont-elles mises en œuvre en cas de transfert inter service ? (transfert du dossier patient, mise en place de fiche de liaison, réunions inter services...)
- Les modalités de coordination sont-elles définies dans un document diffusé à tous les professionnels concernés (par exemple : procédure, contractualisation entre l'unité diététique et chaque pôle clinique)?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour s'assurer que les dispositions prévues sont respectées (par exemple : audit(s), enquête de satisfaction auprès des patients, analyse des événements indésirables, suivi d'indicateurs...)
- En fonction des résultats, des actions d'amélioration sont-elles mises en œuvre et suivies ?

Documents ressources :

Document de contractualisation de l'activité de soin nutritionnelle entre secteurs
Relevés de décisions et/ou comptes-rendus des réunions entre secteurs
Procédures de prise en charge nutritionnelle, Protocoles,
Audits, Fiches d'événements indésirables

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 21 : L'établissement s'organise pour que les produits de nutrition thérapeutique répondent aux besoins nutritionnels des patients

Périmètre du critère :

La nutrition thérapeutique comprend l'alimentation orale, la nutrition entérale et la nutrition parentérale.

Les produits de nutrition thérapeutique sont :

1- des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS) : les compléments nutritionnels oraux (CNO), les produits de nutrition entérale et les produits d'alimentation à visée pédiatrique.

2- des produits de nutrition parentérale.

Ces produits ont des compositions nutritionnelles différentes. Des choix doivent être fait en concertation au sein de l'établissement/structure afin d'avoir à disposition les produits qui pourront répondre aux besoins nutritionnels des patients.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critère 4	Critère 20a	Aucune

Attendus du critère

- Des modalités sont-elles mises en œuvre pour évaluer les besoins quantitatifs et qualitatifs des secteurs d'activité (par exemple : réunion(s) avec les unités de soins animée(s) par le pharmacien, évaluation des nouveaux produits, suivi quantitatif de l'utilisation, etc....) ?
- Les modalités d'évaluation des besoins quantitatifs et qualitatifs des secteurs d'activité sont-elles définies dans un document diffusé à tous les professionnels concernés ?
- Les produits de nutrition thérapeutique sont-ils référencés dans l'établissement (par exemple : liste de référencement pour les ADDFMS, liste de médicament pour les produits de NP) ?
- Les listes de produits références sont-elles actualisées selon une périodicité définie ?
- Les professionnels/instances concernés sont-ils consultés sur les prévisions d'achat de ces produits (médecins, pharmaciens, diététiciens, infirmiers, CLAN, COMEDIMS,...)?
- Des moyens sont-ils mis en œuvre pour évaluer la satisfaction des utilisateurs (diététiciens, médecins, infirmiers) de ces produits (par exemple : dans le cadre d'enquêtes spécifiques, des entretiens annuels d'évaluation) ?

Documents ressources

Liste de produits référencés pour les ADDFMS et les produits de Nutrition Parentérale.

Cahier des charges des appels d'offre des ADDFMS et des produits de nutrition parentérale

Comptes-rendus des réunions de préparation et de suivi des marchés d'appel d'offre des ADDFMS et des produits de nutrition parentérale

Compte-rendu de réunion du CLAN

Référence III: L'établissement /Pôle/ structure interne veille à l'identification des patients/résidents ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique et assure la coordination d'une prise en charge adaptée

Critère 22 : L'organisation de la sortie du patient prend en compte les éléments de la prise en charge nutritionnelle

Périmètre du critère :

La sortie du patient s'organise dès l'admission et tient compte des possibilités de prise en charge en aval (domicile, structure de soins, etc.). Ce critère concerne les patients qui nécessitent une prescription de sortie ou la continuité d'une prise en charge nutritionnelle.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 11, 19 et 22	Critère 24 a	Aucun

Attendus du critère

- Des dispositions en rapport avec la prise en charge nutritionnelle sont-elles prises pour planifier dès que possible la sortie du patient?
- Les documents nécessaires à la continuité de la prise en charge nutritionnelle sont-elles transmises au patient?
- Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge nutritionnelle du patient sont-elles transmises aux structures d'aval (par exemple : établissement de santé, HAD, SSR, EHPAD, SLD, foyer-logement, MAS réseaux de santé, , ..)?
- Une synthèse de la stratégie nutritionnelle mise en œuvre est-elle tracée dans le dossier patient ?
- En cas de retour à domicile les données relatives à la prise en charge et au suivi nutritionnel sont-elles transmises au médecin traitant ?
- Un double du courrier de sortie spécifiant ces données est-il retrouvé dans le dossier patient ?

Documents ressources

Dossier patient
Fiche de liaison
Synthèse de prise en charge
Audit Dossier

GUIDE

PARTIE IV : SECURITE ET REGLEMENTATION

Périmètre de la partie :

Cette partie du référentiel couvre l'ensemble des activités permettant la maîtrise des risques liés aux processus restauration et nutrition aussi bien dans le champ de la restauration que dans celui de la prise en charge nutritionnelle (orale et artificielle)

Référence IV : L'établissement veille à la sécurité du processus restauration-nutrition.

Critère 23 : L'établissement veille à ce que les unités de production répondent aux exigences réglementaires en matière d'hygiène alimentaire applicables en restauration collective.

Périmètre du critère :

Ce critère couvre l'ensemble des secteurs de productions : Unité de production culinaire, crèches, biberonnerie , etc.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGÉLIQUE
Critère 9	Critères 7d, 8g, 8c et 8 i	Q100

Attendus du critère

- Un plan de maîtrise sanitaire basé sur la méthode HACCP est-il défini pour chaque unité de production?
- Une mise à jour de ce plan de maîtrise est-elle réalisée (autant que de besoin)?
- Les différents comités/commissions concernés (CLIN/ EOH, CLAN...) sont-ils associés à son élaboration sur les domaines qui les concernent ?
- Le plan de maîtrise sanitaire est-il mis en place dans chaque unité de production?
- Le plan de maîtrise sanitaire est-il décliné pour chaque secteur de production (approvisionnements stockage, production, conditionnement, allotissement) notamment sur ses grandes parties :
 - o détermination et évaluation des points critiques
 - o système d'auto-évaluation dont les fiches d'autocontrôle
 - o formation
 - o gestion documentaire
- Une fonction référent qualité restauration est-elle identifiée au sein de l'unité de production ? (par exemple : mission indiquée dans la fiche de poste, fonction dédiée)
- Les inspections des services vétérinaires départementaux sont-elles suivies s'il y a lieu par des plans d'actions (mesures correctives) ?
- La gestion des alertes alimentaires ascendantes et descendantes est-elle assurée 24h/24 ?

Documents ressources

Plan de maitrise sanitaire, plan maintenance pluri-annuel des locaux et équipements, Certificat Iso 9001 ou 22 000
Rapport des services vétérinaires départementaux
Rapport d'audit
Plan(s) d'actions, Plan de formation
Fiche de poste
Guide de bonne pratique d'hygiène en restauration collective à caractère social

Référence IV : L'établissement veille à la sécurité du processus restauration-nutrition.

Critère 24 : L'établissement veille à ce que la fonction transport réponde aux exigences réglementaires en matière d'hygiène alimentaire applicables en restauration collective.

Périmètre du critère :

La fonction transport comprend l'acheminement de tous types de repas pour tout type de consommateurs (patients/résidents, personnels, enfants du personnel) de l'unité de production vers les offices alimentaires et le retour des matériels à l'unité de production. Elle concerne aussi bien le transport interne que le transport externalisé.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 8 et 10	Critères 7 d et 8 g E1	Q 100

Attendus du critère

- Les différents points critiques liés au transport sont-ils pris en compte dans le plan de maîtrise sanitaire notamment :
 - o interface réception (cuisine) et livraison (office)
 - o température du transport
 - o environnement du transport (propreté du camion)
 - o environnement du repas pendant le transport (chariot repas, échelle, bac, cagette, etc.)
- Une traçabilité est-elle assurée pour les autocontrôles prédéfinis ?
- Le référent qualité restauration, le CLIN/ EOH et le CLAN sont-ils associés à l'élaboration du plan de maîtrise sanitaire ?

Documents ressources

Plan de maîtrise sanitaire
Rapport de la Direction des services vétérinaires
Rapport d'audit
Procédure de livraison
Plan de formation
Plan d'action

Référence IV : L'établissement veille à la sécurité du processus restauration-nutrition.

Critère 25 : L'établissement veille à ce que le « guide de bonnes pratiques en office alimentaire » soit appliqué dans les offices alimentaires

Périmètre du critère :

L'office alimentaire concerne le lieu dans l'unité de soins ou autres unités (crèches, salle de garde, etc.), dédié à la réception des repas et/ou aux biberons, au conditionnement, au maintien ou à la remise en température, au stockage des denrées, au nettoyage de la vaisselle et à la gestion des déchets. Le « guide de bonne pratique en office alimentaire » comporte au moins les procédures suivantes : Organisation de la distribution des repas, maintien et/ou remise en température des différents plats, gestion des repas différés.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critère 7	Critère 7. d	Q 100

Attendus du critère

- Le Guide d'office alimentaire basé sur la méthode HACCP est-il mis en place dans chaque office?
- Le Guide d'office alimentaire traite-t-il à minima des points suivants : - réception des repas et/ou aux biberons, -conditionnement des repas, - maintien ou remise en température, - stockage des denrées, - distribution et desserte, - nettoyage de la vaisselle, - gestion des déchets, - gestion des repas différés.
- Le guide de bonnes pratiques est-il mis en place notamment sur ses grandes parties :
 - o évaluation des points critiques
 - o système d'auto-évaluation dont les fiches d'auto-contrôle ?
 - o formation
 - o gestion documentaire
- Le personnel concerné est-il formé à son application ?
- Un référent (alimentation, office, etc) est-il identifié au sein de la structure interne (unité de soins, pôle, crèche, etc) ?
- Les missions de ce référent en matière de contrôle et suivi des bonnes pratiques en office alimentaire sont-elles définies dans la fiche de poste ?
- Le référent qualité restauration, le CLIN/ EOH et le CLAN sont-ils associés à son élaboration?
- Ce guide de bonne pratique est-il connu par les personnes concernées (aides soignants, agents hospitaliers, infirmiers, cadre de santé)?
- Est-il facilement accessible dans l'office (au moins pour les procédures majeures : remise en température, repas différé, contrôle de température, distribution)?

Documents ressources

Guide des bonnes pratiques en office alimentaire, Rapport d'audit, Fiches de poste, Plan de formation, plan d'action

Référence IV : L'établissement veille à la sécurité du processus restauration-nutrition.

Critère 26 : La maintenance des dispositifs médicaux nécessaires à la nutrition thérapeutique est organisée afin d'assurer la disponibilité et la sécurité de fonctionnement du matériel.

Périmètre du critère :

Les dispositifs médicaux (DM) regroupent le matériel d'administration, les tubulures, les régulateurs de débit pour la nutrition entérale, les pompes de perfusions pour la nutrition parentérale et les pousses seringues pour la nutrition entérale pédiatrique.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critères 18 et 19	Critères 8 k	Aucune

Attendus du critère

- Un inventaire des dispositifs médicaux nécessaire à la nutrition thérapeutique est-il réalisé ?
- Existe-t-il une réflexion pour une gestion rationnelle du parc de ces matériels : décision d'investissement, renouvellements..... ?
- Existe-t-il une réflexion pour une gestion de la maintenance du parc de ces matériels ?
- Si la maintenance des DM est assurée par un prestataire, un cahier des charges définit-il les modalités de gestion ?
- Des modalités de dépannage en cas de panne sont-elles définies?
- Une adéquation entre consommables et matériels est-elle assurée?
- Des modalités sont-elles prévues pour signaler tout dysfonctionnement au service/personnel compétent ?
- Un suivi des dysfonctionnements en lien avec les DM est-il assuré ? (Indisponibilités, problème de fonctionnement, etc) ?
- Le cas échéant une déclaration de matériovigilance est-elle mise en œuvre ?

Documents ressources

Inventaire des dispositifs
Protocoles et procédures de maintenance et utilisation du matériel
Registre de maintenance et de contrôle de la qualité des dispositifs médicaux
Fiche d'intervention ou équivalent
Fiches d'évènements indésirables
Compte-rendu des audits
Résultats de contrôle qualité.
Cahier des charges (prestataire)
Compte rendu de réunion (unité clinique, prestataire, service biomédical)

Référence IV : L'établissement veille à la sécurité du processus restauration-nutrition.

Critère 27: La gestion des risques liés au processus de prise en charge nutritionnelle est mise en œuvre

Périmètre du critère :

Le processus de prise en charge nutritionnelle est un processus complexe qui mobilise de nombreux professionnels (médecins, infirmiers, aide soignants, diététiciens, personnel de restauration, pharmaciens, etc.) pour sa réalisation et qui met en jeu de nombreuses interfaces entre ces différents professionnels et leurs pratiques. Ces interfaces représentent de véritables points critiques qui peuvent être clairement identifiés et traités.

Liens du critère :

Critère du référentiel	Critère HAS	Questions ANGELIQUE
Critère 8	Critères .19b, 8a 8b 8d 8f	Q100

Attendus du critère

- Des démarches sont-elles menées pour identifier à posteriori les risques liés au processus de prise en charge nutritionnel (Par exemple : mise en place fiche de signalement, mise en place de revues de mortalité-morbidité, recueil des plaintes et réclamation ...)?
- Des démarches sont-elles menées pour identifier à priori les risques prévisibles auxquels l'établissement/structure ou secteurs d'activité peuvent être exposés (par exemple : approche processus, AMDEC,.....)?
- Les démarches d'évaluation et d'identification des risques à priori et à posteriori permettent-elles d'identifier des actions de prévention, d'atténuation et de récupération ?
- Ces actions sont-elles prises en compte dans la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins de l'établissement/structure?
- Le CLAN est-il systématiquement associé à ces démarches d'analyse et traitement des risques?

Documents ressources

Compte- rendu du CLAN

Fiche de déclaration d'événements indésirables et/ou de nutrivigilance. Rapport annuel de Nutrivigilance

Audit , Programme ou Plan d'actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins

Projets de service, de pôle

Guide de gestion du risque nutritionnel lié à la prise en charge du patient

Glossaire

Projet de prise en charge nutritionnelle : Ce projet recouvre les éléments théoriques permettant de formaliser et de contractualiser les modalités de la prise en charge nutritionnelle d'un groupe de personne en fonction de leurs états physiologiques (enfants, femmes enceintes, personnes âgées , etc), de leurs pathologies (diabète, hypercholestérolémies, HTA, cancers), de leurs traitements médicamenteux(corticoïdes, insuline, immunosupresseurs, etc) ou chirurgical (gastrectomie, colectomie, etc).

Cahier des charges de restauration : Le cahier des charges détermine de manière précise et complète les besoins, les attentes et les contraintes de la collectivité. Il fournit ainsi aux soumissionnaires les informations nécessaires à la rédaction d'une offre de services.

Ce cahier des charges peut être structuré comme suit :

- o la description de la prestation de services;
- o les attentes de la collectivité en matière de qualité de service;
- o les autres informations nécessaires à la consultation de SRC.

Choix et respect du choix :

La notion de **choix** recouvre trois concepts possibles :

- Choix direct : le patient/résident choisit au jour le jour ses repas à partir d'une carte de menu (plat du jour et plat fixe ou constante),
- Choix par aversion : le patient/résident désigne à son entrée sur la base d'une liste d'aliments/plats prédéfinis les aliments ou les plats qu'il n'aime pas ou qu'il ne souhaite pas consommer durant son séjour.
- Choix par goût : le patient/résident sélectionne à son entrée sur une « feuille de choix » les plats qu'il souhaite consommer durant son séjour.

Le **respect de choix** est de ne pas servir au patient pendant son séjour un plat ou un aliment qu'il n'a pas choisi ou qu'il n'aime pas.

Prescription médicale diététique : acte médical, au même titre que la prescription médicamenteuse, qui permet l'identification de l'état pathologique et de ses conséquences pour le patient, le choix du traitement le plus adapté en fonction des données scientifiques et des bénéfices que la personne soignée peut en attendre. Elle comporte les éléments nécessaires à la prise en charge par le diététicien. Elle détermine souvent un acte de longue durée.

Prescription médicale nutritionnelle : Acte médical précisant la nature et la quantité des nutriments à administrer, que ce soit par voie digestive ou veineuse

Annexes

Annexes 1 : Liens entre les critères des différents dispositifs d'évaluation

Annexe 2 : CLAN et contexte réglementaire

Annexe 3 : Processus Alimentation Nutrition

Annexe 3 : Glossaire

Annexe 1 : Liens entre les critères des différents dispositifs d'évaluation

Lien avec le manuel de certification de la HAS (manuel V2010 version d'avril 2011)

Le présent référentiel est un outil d'aide au développement d'un projet « qualité et gestion des risques » dans le domaine de l'alimentation-nutrition mais également un moyen de documenter certains éléments d'appréciation du manuel de certification V2010 avril 2011.

Il propose des liens avec certains critères du Manuel de certification V2010 et peut ainsi participer à la phase d'auto-évaluation de la procédure de certification :

Critères spécifiques :

Critère 6.c.: « qualité de la restauration » du chapitre management de l'établissement.

Critère 19.b. suivant : « troubles de l'état nutritionnel » du chapitre prise en charge du patient.

Autres critères :

Critère 7.d. : Hygiène des locaux » du chapitre management de l'établissement.

Critère 8.g. : Maitrise du risque infectieux » du chapitre management de l'établissement.

Critère 8.k. : Gestion des équipements biomédicaux » du chapitre management de l'établissement.

Critère 9.a. : Système de gestion des plaintes et des réclamations » du chapitre management de l'établissement.

Critère 9.b. : Évaluation de la satisfaction des usagers » du chapitre management de l'établissement.

Critère 10.a : Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Annexe

Critère 17.a. : Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés » du chapitre prise en charge du patient.
Critère 18.a. : Continuité et coordination de la prise en charge des patients » du chapitre prise en charge du patient.

Lien avec le référentiel ANGELIQUE

Le présent référentiel peut également être considéré comme un moyen de documenter certains éléments d'appréciation du référentiel ANGELIQUE. Ce dernier est utilisé dans le cadre de la préparation de la convention tripartite pour les USLD et les EHPAD.

1° Thème restauration : Objectif Q33 à Q 45

Q33 : Existe-t-il un dispositif permettant de recueillir les attentes et souhaits des résidents ou de leurs familles ?

Q34 : Existe-t-il une prise en compte de ce recueil d'informations ?

Q35 : Existe-t-il une réponse alternative satisfaisante lorsque l'un des plats ne convient pas au résident ?

Q36 : Tous les résidents non confinés au lit disposent-ils d'une place dans une salle de restaurant ou salle à manger ?

Q37 : Le choix de la place et des voisins de table prend-il en compte les souhaits des résidents ?

Q38 : Quel est le délai maximal entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner ?

Q39 : Les résidents qui le souhaitent ont-ils une « collation » (tisane,...) après le repas du soir ?

Q40 : Existe-t-il un suivi des aliments effectivement absorbés par les résidents à risque de dénutrition ? Existe-t-il un suivi des boissons effectivement absorbés chez les personnes à risque de déshydratation ?

Q41 : Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande du résident et motif, état de santé défaillant...) ainsi que leur suivi ?

Q42 : L'état de nutrition fait-il l'objet d'un suivi : - avec pesée systématique à l'admission ? - avec pesées régulières ?

Q43 : La composition des menus fait-elle l'objet d'un avis médical ou d'un autre professionnel compétent en nutrition ?

Q44 : Les régimes font-ils l'objet d'une prescription et d'un suivi médical ? Les repas mixés font-ils l'objet d'un suivi médical ?

Q45 : Le dernier procès-verbal des services vétérinaires a-t-il fait l'objet de réserves ? Si oui : - ont-elles été levées ? - font-elles l'objet d'un échéancier ?

2° Thème Aides et soins spécifiques : Objectifs Q84 , Q85

Q84 : Existe-t-il un calendrier alimentaire pour les personnes à risque de dénutrition ? En cas de survenue d'une dénutrition, celle-ci fait-elle l'objet d'une prise en charge adaptée s'appuyant sur un protocole ? Les sondes gastriques font-elles l'objet d'un suivi médical ?

Q85 : L'hydratation des résidents fait-elle l'objet d'une surveillance régulière : - avec boissons à portée de main des résidents ? - avec suivi systématique et individualisé des apports hydriques des résidents à risque ?

3° Thème Hôtellerie : Objectif Q100

Q100 : La méthode de maîtrise des risques type « HACCP » a-t-elle été mise en œuvre sur la chaîne alimentaire au sein de l'institution (analyse des risques, amélioration des pratiques, formation du personnel, analyses bactériologiques, utilisation pertinente des résultats,...) ?

Annexe

Tableau 1 : Correspondance entre les critères des différents référentiels

Référentiel alimentation/nutrition AP-HP		Manuel de certification HAS (Version avril 2010)	Référentiel ANGELIQUE (Version juin 2000)
Critère 1	Critères 5 et 8	Critères .1.a, 2.e,6.c, .7.d et 9.b	Questions 33, 35, 38 et 39
Critère 2	Critères 7 et 11	Critères .17 et 19b	Q44 et 84
Critère 3	Critères 6 et 11	Critères .1, 2c, 6.c et 19.b	
Critère 4	Critères 3, 6 et 22	Critères .2c, 19b et 23a	
Critère 5	Critères 1, 9 et 16	Critères .6c E3, 9b	Q33, 38
Critère 6	Critères 1, 11, 23, 24 et 25	Critères .3a , 10a et 19b	A
Critère 7	Critères 5, 8, 20 et 23	Critères .6.c, 10.d et 19b,	Q34, 35 et 100
Critère 8	Critères 4, 6, 8, 20 et 15	Critères .6.c, 9.b et 18a	Questions 33, 35, 37 et 39
Critère 9	Critères 9, 10, 20, 21, et 24	Critères .6.c, et 19b, 17a-E1, 18a	
Critère 10	Critères 8 et 25	Critères 18a , 3a	Q100
Critère 11	Critères 2 et 11	Critères .19b	Q44
Critère 12	Critères 2, 13 et 14	Critères .17 a, 19b et 18..a	Q84
Critère 13	Critères 2, 11 et 14	Critères .19b	Q 42
Critère 14	Critères 7, 8 et 16	Critères .17 a et 19b	
Critère 15	Critères 7 et 8	Critères 17 A et 19b	
Critère 16	Critère 16	Critères .12 a	
Critère 17	Critères 11, 21 et 29	Critère 19b	
Critère 18	Critères 11, 18 et 21	Critères 19b	
Critère 19	Critères 11, 19, 22 et 27	Critères 19b et 23.a 17a	
Critère 20	Critères 5, 8 et 21	Critères .14 a, 18 a et 19b	
Critère 21	Critère 4	Critère .20 a	
Critère 22	Critères 11, 19 et 22	Critère 24.a	
Critère 23	Critère 9	Critères 7 d, 8g	Q100
Critère 24	Critère 7	Critère 7. d	Q 100
Critère 25	Critères 8 et 10	Critères 7 d et 8 g	Q 100
Critère 26	Critères 18 et 19	Critères 8 k	
Critère 27	Critère 8	Critères .19b 8a 8b 8d 8f	Q100

Annexe 2 : CLAN et texte réglementaire

Il s'agit des recommandations de la circulaire DHOS /E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

1. – Les missions du CLAN

En ce qui concerne les établissements publics de santé, les interventions du CLAN doivent s'articuler avec les attributions de la commission médicale d'établissement (CME). En effet, l'article L. 6144-1 CSP indique que la CME : « 3° prépare avec le directeur, la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité mentionnée aux articles L. 6113-2 et L. 6113-3 ». Ces dispositions valent notamment en matière d'élaboration de la politique de nutrition. Ainsi, la CME sollicite à cette occasion les propositions du CLAN, et prend l'avis de ce comité sur les orientations et mesures qu'elle aura préparées en ce domaine dans les conditions précitées du 3° de l'article L. 6144-1. Dans cette perspective 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.

A cet effet, le CLAN participe :

- 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.
- e) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

2. La composition

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. Toutefois, à titre indicatif, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement, pourra être la suivante :

- a) Le directeur ou son représentant.
- b) Dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien.
- c) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant.

Annexe

- d) Le responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe.
- e) Le responsable de l'activité diététique ou son représentant.
- f) Le responsable de la qualité ou son représentant.
- g) Le responsable de la formation ou son représentant.
- h) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant.
- i) Le président du CLIN ou son représentant.
- j) Un représentant des usagers.
- 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.

3. Fonctionnement

Le comité de liaison en alimentation et nutrition élit son président parmi les membres désignés au « b ». Le président est assisté de deux vice-présidents. Le premier est désigné par le comité parmi les autres catégories de membres que celles citées aux « b » et « e », la deuxième vice-présidente est assurée par le membre mentionné au « e ». Le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant assiste aux séances avec voix consultative. Le CLAN peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour. En tant que de besoin, deux ou plusieurs établissements peuvent constituer entre eux un CLAN, dans les conditions définies par délibérations concordantes de leurs conseils d'administration ou organes qualifiés. Lors de la constitution du CLAN, les conditions et moyens nécessaires à son fonctionnement seront précises. Le CLAN élabore un rapport d'activité annuel préparé par son président et destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés.

Annexe

Annexe 3 – Logigramme des processus restauration nutrition

