



FEDERATION NATIONALE DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

BONNES PRATIQUES DE DIETETIQUE EN CANCEROLOGIE : LA PRESTATION ALIMENTAIRE

Date de validation des Standards, Options et Recommandations : septembre 2000
Date prévue de prochaine mise à jour : en fonction des nouvelles données scientifiques

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- F. Dayot, diététicienne, Centre René Gauducheau, Nantes, (coordonnateur)**
A. Bataillard, médecin généraliste, FNCLCC, Paris, (méthodologiste)
 C. Keré, Diététicienne, Centre Val D'Aurelle, Montpellier
 F. Ducès, Diététicienne principale, CentrePaoli Calmette, Marseille

MEMBRES ASSOCIES AU GROUPE DE TRAVAIL

- P. Bachmann, anesthésiste-réanimateur, Centre Léon Bérard, Lyon
 M.P. Blanc-Vincent, FNCLCC, Paris (méthodologiste)
 B. Besnard, diététicienne, Centre Paul Papin, Angers
 C. Bonneteau, diététicienne, Institut Bergonié, Bordeaux
 S. Champetier, diététicienne, Orsay
 M. Claude, diététicienne, Institut Jean Godinot, Reims
 D. Combret, diététicienne, Hôpital neurologique cardiologique, Lyon
 F. Cometto, diététicienne, Centre Jean Perrin, Clermond-Ferrand
 A. Duguet, diététicienne, Centre Oscar Lambret, Lille)
 N. Duval, diététicienne, Centre François Baclesse, Caen
 C. Finck, diététicienne, Centre Paul Strauss, Strasbourg
 A. Freby-Lehner, diététicienne, Centre René Huguenin, Saint-Cloud
 V. Garabige, diététicienne, Institut Curie, Paris
 Y. Lallemand, diététicienne, Centre Léon Bérard, Lyon
 C. Massoud, diététicienne, Centre François Baclesse, Caen
 J. Meuric, cadre diététicien, Institut Curie, Paris
 C. Montane, diététicienne, Institut Claudius Regaud, Toulouse
 B. Poirée, diététicienne, Centre François Baclesse, Caen
 S. Puel, diététicienne, Centre Val d'Aurelle, Montpellier
 G. Rossignol, diététicienne, Institut Gustave Roussy, Villejuif
 P. Roux-Bournay, diététicienne, Centre Léon Bérard, Lyon
 M. Simon, diététicienne, Centre Alexis Vautrin, Nancy
 M. Tran, diététicienne, Centre François Baclesse, Caen

CONTRIBUTEURS

Revue interne

(septembre 2000)

- P. Bachmann, *anesthésiste-réanimateur, Centre Léon Bérard, Lyon*
F. Eschwège, *radiothérapeute, Institut Gustave Roussy, Villejuif*
G. Nitenberg, *réanimateur, Institut Gustave Roussy, Villejuif*
T. Philip, *pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon*

Revue externe

(septembre 2000)

- R. Agnetti, *cadre diététicien, Hôpital Louis Mourier, Paris*
F. Arnaud-Battandier, *directeur médical, Nestlé Clinical Nutrition, Sèvres*
M. Bicaïs, *cadre diététicien, Hôpital Nord, Marseille*
P. Boulétreau, *anesthésiste, Hôpital Edouard Herriot, Lyon*
C. Chambrier, *anesthésiste, Hôpital Hôtel Dieu, Lyon*
A.M. Favreau, *Cadre supérieur diététicien, CHU, Angers*
G. Picard, *cadre diététicien, Hôpital St Louis, Paris*
M.C. Puissant, *cadre supérieur diététicien projets nutrition, siège APHP, Paris*

Ce document a été transmis en septembre 2000 aux Comités techniques médicaux des centres régionaux de lutte contre le cancer suivants

Centre Paul Papin, *Angers*
 Institut Bergonié, *Bordeaux*
 Centre François Baclesse, *Caen*
 Centre Jean Perrin, *Clermont-Ferrand*
 Centre Georges-François Leclerc, *Dijon*
 Centre Oscar Lambret, *Lille*
 Centre Léon Bérard, *Lyon*
 Institut Paoli Calmettes, *Marseille*
 Centre Val d'Aurelle, *Montpellier*
 Centre Alexis Vautrin, *Nancy*
 Centre René Gauducheau, *Saint-Herblain*
 Centre Antoine Lacassagne, *Nice*
 Institut Curie, *Paris*
 Institut Jean Godinot, *Reims*
 Centre Eugène Marquis, *Rennes*
 Centre Henri Becquerel, *Rouen*
 Centre René Huguenin, *Saint-Cloud*
 Centre Paul Strauss, *Strasbourg*
 Centre Claudius Régaud, *Toulouse*
 Institut Gustave Roussy, *Villejuif*

COMITE D'ORGANISATION DES SOR

- A. Bataillard, *médecin généraliste, FNCLCC, Paris (méthodologiste)*
- C. Bayo, *secrétaire Unité centrale SOR, FNCLCC, Paris*
- P. Bey, *radiothérapeute, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy (membre du Bureau exécutif)*
- M.P. Blanc-Vincent, *pharmacien, FNCLCC, Paris (responsable méthodologiste)*
- H. Borges-Paninho, *chargée de la gestion des documents, FNCLCC, Paris*
- J. Carretier, *chargé de mission en Santé, FNCLCC, Paris (méthodologiste SOR SAVOIR PATIENT)*
- S. Debuiche, *FNCLCC, Paris, (chargée de gestion administrative et logistique)*
- E. Estévès, *secrétaire Unité centrale SOR, FNCLCC, Paris*
- F. Farsi, *médecin de Santé Publique, Centre Régional Léon Bérard, Lyon (méthodologiste associé)*
- B. Fervers, *oncologue médical, FNCLCC, Paris (coordonnatrice des SOR)*
- G. Gory-Delabaere, *pharmacien, FNCLCC, Paris (méthodologiste)*
- S. Guillo, *documentaliste, FNCLCC, Paris*
- L. Leichtnam, *chargée de mission en Santé, FNCLCC, Paris (méthodologiste SOR SAVOIR PATIENT)*
- E. Luporsi, *oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy (méthodologiste associé)*
- T. Philip, *pédiatre, Centre Régional Léon Bérard, Lyon (Directeur des SOR, membre du Bureau exécutif)*
- J.L. Renaud-Salis, *chirurgien, Institut Bergonié, Bordeaux (expert associé)*
- D. Ropé, *secrétaire Unité centrale SOR, FNCLCC, Paris*
- S. Théobald, *médecin de Santé Publique, Centre Paul Strauss, Strasbourg (méthodologiste associé)*
- M. Véron, *cadre infirmier, FNCLCC, Paris (méthodologiste SOR SAVOIR PATIENT)*

Correspondance

F. DAYOT
FNCLCC
Opération Standards, Options, Recommandations
101, rue de Tolbiac
75654 Paris cédex 13
Téléphone : 01.44.23.04.04
Téléphone : 02.40.67.99.94
Télécopie : 01.44.23.04.17
Télécopie : 02.40.63.96.61

Remerciements

Nous remercions le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et la Ligue nationale contre le cancer pour leur soutien financier.

Méthodologie

Un groupe multidisciplinaire d'experts mis en place par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a revu les données scientifiques disponibles concernant la qualité de la prestation alimentaire en cancérologie. Après sélection et analyse critique des articles, ce groupe a élaboré des « Standards », des « Options » et des « Recommandations » fondés sur des preuves scientifiques ou sur un consensus des experts. Ce document a été ensuite revu par des experts indépendants. Une mise à jour est prévue en fonction de nouvelles données scientifiques ou de nouveaux accords d'experts.

Définitions

La définition des Standards, Options et Recommandations, accompagnés du niveau de preuve, repose sur les meilleures preuves scientifiques disponibles au moment de leur rédaction (*Best Available Evidence*), pouvant être selon le sujet des méta-analyses, essais randomisés ou études non randomisées. Lorsque les preuves scientifiques font défaut pour un point particulier, le jugement est basé sur l'expérience professionnelle et le consensus du groupe d'experts (« accord d'experts »).

Standards : interventions pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, à l'unanimité.

Options : interventions pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, par la majorité. Les options sont toujours accompagnées de recommandations.

Recommandations : elles ont pour but, lorsqu'il existe plusieurs options, de hiérarchiser ces options en fonction du niveau de preuve. Les recommandations permettent également aux experts d'exprimer des jugements et des choix concernant notamment des situations d'exception et indications spécifiques ainsi que l'inclusion des patients dans des essais thérapeutiques.

Le niveau de preuve est fonction du type et de la qualité des études disponibles ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats ; il est explicitement spécifié pour chacune des méthodes/interventions considérées en utilisant la classification suivante :

- **niveau A** : il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents.
- **niveau B** : il existe des preuves « de qualité correcte » : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2). Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.
- **niveau C** : les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.
- **niveau D** : il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.
- **accord d'experts** : il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime.

(NB : pour plus de détails, cf **Méthodologie de développement des SOR**) [FERVERS1995]

Les SOR sont une œuvre collective créée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), et protégée par les dispositions du Code de la propriété intellectuelle. La FNCLCC est par conséquent titulaire du droit d'auteur sur cette œuvre, et est donc notamment investie des droits patrimoniaux sur les SOR. La FNCLCC peut seule décider de l'existence et des modalités de reproduction, publication, traduction ou diffusion des SOR.

Résultats du processus de revue

Le document « Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : la prestation alimentaire » a été revu par des experts indépendants des secteurs public et privé à l'aide d'un questionnaire évaluant la validité, la clarté, la pertinence et l'acceptabilité des Standards, Options et Recommandations élaborés par le groupe de travail. Une date limite de réponse a été donnée pour clore ce processus de revue. En cas de commentaires ou réserves, une justification écrite et détaillée est demandée, faisant référence aux données de la science et/ou à l'expérience argumentée des médecins.

Parmi les 36 experts sollicités, 12 (33%) ont répondu et 10 ont complété le questionnaire d'évaluation. Parmi ces réponses 90 % des experts approuvaient la majorité des Standards, Options et Recommandations de ce document (7 experts approuvaient tous les SOR, 2 approuvaient une grande partie des SOR, 1 approuvait certains SOR et 0 n'approuvait aucun SOR).

Les observations des experts sur ce document concernaient les points suivants :

- Des imperfections et des imprécisions dans la formulation des idées et concepts ont été signalées. La mise en forme a été améliorée en fonction des remarques émises.
- Des précisions ont été apportées sur les conditions d'utilisation des Recommandations : celles-ci doivent être adaptées à l'établissement de soins.
- Des précisions ont été apportées sur le thème du document : celui fait partie d'un ensemble de Recommandations sur la pratique de la diététique en cancérologie et n'aborde pas d'autres missions du diététicien que la prestation alimentaire.
- La bibliographie a été complétée par deux références récentes et par un référentiel de l'APHP.
- Les références légales concernant les TIAC ont été complétées.
- L'implication du diététicien dans la formation des personnels de restauration et de soins à la sécurité alimentaire a été redéfini dans le sens d'une participation plutôt que d'une responsabilité.

Les remarques prises en compte ont été intégrées au document final présenté dans les pages suivantes.

RESUME

La prestation alimentaire est une longue chaîne d'activités dont le but est de fournir une alimentation saine en matière de sécurité alimentaire aux patients atteints de cancer, en accord avec leurs besoins et leurs attentes.

Objectifs

Définir, sur la base d'une revue de la littérature et de l'accord d'experts, des Standards, Options et Recommandations pour la prestation alimentaire dans les établissements prenant en charge des patients atteints de cancer.

Méthodes

Un groupe de diététiciennes mis en place par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a revu les données scientifiques disponibles concernant la prestation alimentaire pour des patients atteints de cancer à partir d'une recherche bibliographique effectuée dans *Medline* en 2000 complétée par des références personnelles du groupe de travail. Après sélection et analyse critique des articles, ce groupe a proposé des « Standards », des « Options » et des « Recommandations » fondés sur des preuves scientifiques ou un consensus d'experts. Ce document a été revu par des experts indépendants. Une mise à jour est prévue en fonction de nouvelles données scientifiques ou de nouveaux accords d'experts.

Résultats

Le diététicien, informé des résultats des contrôles sanitaires effectués, veille à l'application de la législation en matière de sécurité alimentaire et participe à la formation et à la diffusion auprès du personnel de ces données. Des fiches techniques des recettes, validées par le service diététique, doivent être à disposition et utilisées pour assurer la régularité de la valeur nutritionnelle et gustative des plats. Le service diététique doit avoir les moyens de s'adapter aux besoins du patient cancéreux : cycle de menus différents des cycles des traitements, rythme et qualité des prises alimentaires, fractionnement, portions et horaires adaptés aux fluctuations de l'appétit... La prise de commande des repas est personnalisée et tient compte des prescriptions médicales. Le dîner doit être servi le plus tard possible pour limiter le temps écoulé entre le repas du soir et le petit déjeuner. L'hygiène et la composition de chaque plateau en fonction de la carte repas doivent être respectées. Le type de liaison choisi doit être respecté et le personnel doit être formé de façon régulière et adaptée au type de liaison qu'il utilise. La distribution et le retour des plateaux participent à la qualité du repas servi et le personnel chargé de ces deux actions doit être disponible pour le patient et à l'écoute de celui-ci. A la fin du repas, le personnel évalue de façon fiable et reproductible la prise alimentaire pour les patients ayant un suivi nutritionnel. La satisfaction du patient doit être évaluée au moins une fois par an par des enquêtes claires et compréhensibles dont les résultats doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de la prestation alimentaire. Le service diététique est l'interface entre les services financiers, les services de soins, le service de restauration et le patient. Tout en intégrant la spécificité des patients cancéreux, il est le garant de l'hygiène, de la qualité sanitaire de l'alimentation, de l'équilibre et de la qualité nutritionnelle de la prestation alimentaire. Le diététicien assure les actions de formation et d'information continues en matière d'alimentation, d'hygiène alimentaire, de distribution des repas et rédige les protocoles nécessaires pour améliorer la prestation alimentaire dans les services de soins.

TABLE DES MATIERES

RESUME	6
1. DEFINITION.....	8
2. MISSION - OBJECTIF	8
3. POPULATION	8
4. MOYENS.....	9
4.1 HYGIÈNE ALIMENTAIRE.....	9
4.1.1 Définitions.....	9
4.1.2 Locaux et matériel.....	10
4.1.3 Denrées alimentaires.....	10
4.1.4 Personnel de restauration	10
4.1.5 Gestion des déchets.....	10
4.1.6 Contrôle	11
4.1.7 Dispositions relatives aux toxi-infections alimentaires collectives (TIAC).....	11
4.2 PRÉPARATION GOÛT.....	11
4.2.1 Choix des denrées	11
4.2.2 Cuisson - Goût.....	11
4.2.3 Présentation	12
4.3 VARIÉTÉ - CHOIX.....	12
4.3.1 Menus.....	12
4.3.2 Choix.....	13
4.3.3 Portions.....	13
4.3.4 Texture des repas	13
4.4 PRISE DE COMMANDE.....	14
4.5 HORAIRE DES REPAS	15
4.6 CONFORMITÉ DU PLATEAU	15
4.7 TRANSPORT DES REPAS	16
4.8 REMISE EN TEMPÉRATURE	16
4.9 DISTRIBUTION DES REPAS.....	17
4.10 CONTRÔLE DES INGESTA	18
4.11 DÉBARRASSAGE DES PLATEAUX.....	18
5. EVALUATION DE LA PRESTATION ALIMENTAIRE	18
6. PLACE - ROLE DU DIETETICIEN DANS LA PRESTATION ALIMENTAIRE.....	19
6.1 AVEC LE SERVICE FINANCIER - ÉCONOMIQUE.....	19
6.2 AVEC LE SERVICE DE RESTAURATION.....	20
6.3 AVEC LES SERVICES DE SOINS	20
6.4 AVEC LE PATIENT.....	20
LES RECOMMANDATIONS DE LA FNCLCC.....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	24

Ce document présente les données concernant l'une des missions des diététiciens : la prestation alimentaire. Le rôle du diététicien dans les services de soins et ses autres missions sont abordés dans d'autres documents rédigés par ce groupe de travail [DUGUET1999] [MEURIC1999] [CHAMPETIER2000].

Les Recommandations pour la pratique diététique définies dans le document ci-dessous sont à adapter en fonction de l'organisation de l'établissement de soins, de sa taille et de ses choix stratégiques.

1. DEFINITION

La prestation alimentaire est une longue chaîne d'activités, concourant à la conception, à l'élaboration, à la réalisation, à la distribution des repas.

Dans ce contexte, la spécificité des patients en cancérologie doit être prise en compte.

2. MISSION - OBJECTIF

La prestation alimentaire doit garantir une alimentation saine en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire : elle doit prendre en compte toutes les mesures nécessaires permettant d'assurer une alimentation propre à la consommation et sans danger [ROZIER1995].

Elle fait partie intégrante des soins en donnant à l'ensemble des patients une prestation en accord avec leurs besoins nutritionnels [RICOUR2000] [AGNETTI2000] [BAYNAUD2000] [LECOMTE2000] [BICAÏS2000].

La prestation doit garantir un service de qualité conforme aux attentes du patient et participe à l'éducation nutritionnelle du patient [RICOUR2000] [AGNETTI2000] [BAYNAUD2000] [LECOMTE2000] [BICAÏS2000].

La réalisation de ces objectifs interdépendants passe par une alimentation personnalisée tenant compte du profil psychosensoriel du patient, de ses capacités ingestives, permettant d'améliorer ou de maintenir un état nutritionnel correct et de pallier les effets secondaires des traitements.

Cette mission s'inscrit dans une dimension pluridisciplinaire faisant intervenir les compétences des professionnels concernés et notamment celles du service diététique. Il s'agit d'une fonction transversale, les différents acteurs assurant sa mise en œuvre doivent avoir analysé les différents risques de dysfonctionnement possibles et élaboré des modes d'organisation aux différentes interfaces.

3. POPULATION

Cette prise en charge concerne :

Toute personne atteinte de cancer et recevant une alimentation per os au cours d'une hospitalisation (patients particulièrement vulnérables du fait d'une diminution fréquente des défenses immunitaires).

Les difficultés alimentaires sont nombreuses et dues :

- aux traitements lourds, agressifs et itératifs (Chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, immunothérapie ...).
- à la maladie :
 - compression tumorale
 - obstruction des voies digestives (ORL, gastriques, coliques)
 - dysmétabolisme
 - douleurs
 - malabsorptions
 - angoisse, inquiétude.

Les symptômes observés les plus fréquents sont :

- un état nauséux,
- une altération de l'odorat et du goût avec des aversions sélectives pour certains aliments [BECOUARN1991]
- des vomissements
- une dysphagie, une hyposialie
- des mucites

- des diarrhées ou des constipations
- un météorisme,
- une perte d'appétit, une anorexie...

Ces symptômes ont une incidence négative sur la qualité de vie du patient [NAYEL1992], la compliance au traitement. Ils peuvent être responsables d'une altération de l'état général (anorexie et amaigrissement, déshydratation, asthénie, carences alimentaires ...) pouvant évoluer vers la cachexie. Certains auteurs considèrent qu'ils constituent un facteur pronostic péjoratif quant à l'évolution de la maladie (Cf. C.B.P. Evaluation nutritionnelle) [DUGUET1999]. Ces atteintes sont particulièrement fréquentes lors de la pathologie cancéreuse. La prise en compte de l'état nutritionnel avec prévention de la cachexie est vraisemblablement un des éléments permettant d'appliquer à ces malades des traitements plus actifs ou renforcés [CHENCHARICK1983].

Au total

Objectifs de la prestation alimentaire

Standards

La prestation alimentaire doit garantir une alimentation saine en matière de sécurité alimentaire. Elle fait partie intégrante des soins en donnant à l'ensemble des patients une prestation en accord avec leurs besoins nutritionnels. La prestation doit garantir un service de qualité conforme aux attentes du patient et participe à l'éducation nutritionnelle du patient.

4. MOYENS

4.1 La sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire s'inscrit dans un cadre légal pour l'ensemble de la restauration collective [JORF1997]. Cependant, du fait des caractéristiques de la pathologie et des traitements, les patients cancéreux constituent une population à haut risque suite à la diminution fréquente de leurs défenses immunitaires. Dans ce contexte, une vigilance particulière s'impose.

4.1.1 Définitions

La sécurité alimentaire regroupe l'ensemble des actions préétablies à tous les stades de la production dont l'application et le contrôle permettent d'assurer l'absence réelle de danger lors de la consommation de denrées alimentaires. Elle a pour objectif de réduire les risques et de protéger parfaitement les consommateurs [ROZIER1995].

Le service diététique met en place un contrôle et est référent en matière d'application des règles d'hygiène alimentaire conformément aux textes en vigueur actuellement et notamment :

- *Décret du 21/07/71 relatif à l'inspection sanitaire et qualitative des animaux vivants et des denrées animales ou d'origine animale [JORF1971].*
- *Arrêté interministériel modifié du 01/02/74 réglementant les conditions d'hygiène relatives au transport des denrées périssables [JORF1974].*
- *Arrêté interministériel du 10/03/77 relatif à l'état de santé et à l'hygiène du personnel appelé à manipuler des denrées animales ou d'origine animale [JORF1977].*
- *Directive 99/43 CEE du 14/6/93 relative à l'hygiène des denrées alimentaires.*
- *Arrêté du 29/09/97 (J.O. du 23/10/97) fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social [JORF1997].*
Jusqu'à présent, la réglementation était appliquée strictement et fixait des obligations de moyens. Cet arrêté s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle approche. Il fixe des objectifs à atteindre en laissant aux professionnels le choix des moyens. Chacun doit mettre en oeuvre des procédures pour garantir l'hygiène de sa production et des vérifications attestant du maintien de celle-ci.

- Note de service DGAL/SDHA/N 98 du 10/08/98 précisant l'application de l'Arrêté du 29/09/97 [JORF1998].

Pour répondre à cette nouvelle réglementation et réaliser les auto-contrôles réguliers, le recours à la démarche de type HACCP s'impose. (Hazard Analysis critical control point) [JOCE1993] [JORF1997].

Le système HACCP est une méthode d'identification et d'évaluation des risques encourus aux différents stades du processus de transformation d'une denrée alimentaire. Elle permet de définir les moyens nécessaires à la maîtrise des dangers [ROZIER1995].

Pour aider les équipes de la restauration à mettre en place des procédures d'auto-contrôle et les principes de l'HACCP, le recours à des guides de bonnes pratiques est préconisé. Elaborés par les professionnels du secteur, ils proposent aux utilisateurs des moyens et des méthodes pour répondre aux objectifs d'hygiène alimentaire. Un guide de bonnes pratiques à destination de la restauration collective à caractère social est en cours d'élaboration entre plusieurs organismes dont le syndicat national de la restauration collective, le syndicat national des entreprises de restauration sociale et l'union des professionnels de la restauration municipale ainsi que la ville de Paris.

4.1.2 Locaux et matériel

Les locaux et matériels doivent être maintenus en parfait état de propreté conformément à l'Arrêté du 29/09/97 [JORF1997].

Le matériel dispose d'une référence de normalisation homologuée et enregistrée par l'AFNOR (Association Française de NORmalisation) de façon entre autres à garantir des caractéristiques d'hygiène satisfaisantes ainsi qu'une bonne aptitude au nettoyage.

Deux documents peuvent aider au choix de ce matériel :

- L'AFNOR a publié une norme, NF hygiène alimentaire.
- Le CNEVA-LERPAC (Centre National d'Etudes Vétérinaires et Alimentaires) (Laboratoire d'Etudes et de Recherche Pour l'Alimentation Collective) a édité une série de 20 guides.

Des plans de nettoyage et désinfection des locaux et du matériel doivent être élaborés et affichés. Ils indiquent les fréquences, le mode opératoire, le responsable et les moyens mis en place pour vérifier leur efficacité.

4.1.3 Denrées alimentaires

Les denrées utilisées dans la confection des repas doivent répondre aux dispositions de la réglementation en vigueur les concernant et doivent également être conformes aux spécifications techniques définies par le GPEMDA (Groupement Permanent des Marchés et Denrées Alimentaires). Pour les denrées animales ou d'origine animale, la vérification portera spécifiquement sur les présences de l'agrément sanitaire du fournisseur et des marques de salubrité sur l'emballage.

Toutes les opérations ou manipulations de ces denrées s'effectuent dans le respect des températures réglementaires pour limiter les risques de contamination. (Annexe 1 de l'Arrêté du 29/09/97 [JORF1997]).

4.1.4 Personnel de restauration

A côté des mesures sanitaires relevant de la surveillance médicale (vaccinations, visites médicales, examens), le personnel de restauration doit respecter un niveau élevé d'hygiène corporelle et porter des vêtements de travail propres et adaptés. Ce personnel doit être formé aux règles d'hygiène élémentaires à respecter et bénéficier de formations régulières pour le motiver et le sensibiliser. Il doit s'impliquer dans la mise en place et l'application d'une démarche de type HACCP (Arrêté du 29/09/97 [JORF1997]).

4.1.5 Gestion des déchets

Les déchets doivent être stockés dans des conteneurs fermés et entreposés dans un local réfrigéré réservé à cet usage.

4.1.6 Contrôle

Les auto-contrôles imposés par l'Arrêté du 29/09/97 doivent notamment porter sur les produits à réception, les conditions de conservation, les couples temps/températures tout au long de l'élaboration des fabrications et jusqu'au consommateur (les offices alimentaires font partie de la chaîne). La nature et la périodicité sont à définir en fonction de l'analyse des risques encourus dans chaque établissement [JORF1997] [ROZIER1995].

En plus des auto-contrôles, il est souhaitable d'effectuer des analyses microbiologiques des plats servis, réalisées par un laboratoire agréé COFRAC (*Comité Français d'Accréditation attestant de la compétence du laboratoire pour les essais couverts par l'accréditation*). Les résultats des auto-contrôles et analyses sont, entre autre, transmis à l'équipe de restauration, et au service diététique. Le conseil d'hygiène publique de France préconise d'en informer le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) pour la mise en place d'actions correctives si nécessaire [CONSEILSUPERIEU1992].

4.1.7 Dispositions relatives aux toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)

Chaque jour, des échantillons des différents plats servis sont tenus à disposition exclusive des services officiels de contrôle dans le but d'être analysés en cas de suspicion de toxi-infections alimentaires collectives. Ces plats sont conservés, en chambre froide positive (3 à 10 °C) 5 jours minimum après leur dernière présentation au consommateur [JORF1997] [ROZIER1995].

Les déclarations de TIAC sont obligatoires auprès du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales et auprès du Directeur des Services Vétérinaires (Article L12 du Code de Santé Publique, décret du 10 juin 1986).

Au total

La sécurité alimentaire

Standards

Le diététicien participe à l'application de la législation en matière de sécurité alimentaire et doit signaler tout manquement au responsable de l'établissement.

Le diététicien doit être informé des résultats de tous les contrôles effectués.

Le diététicien doit s'assurer que la formation et l'information soient diffusées, et renouvelées si besoin, auprès du personnel

4.2 Préparation goût

4.2.1 Choix des denrées

La procédure d'achat des denrées alimentaires est organisée différemment selon les établissements. Elle influe toujours sur le prix et la qualité des repas [COLL2000]. Elle comprend la sélection des fournisseurs, le référencement des produits, la négociation et la signature du contrat. Pour cela, l'élaboration d'un cahier des charges est indispensable. Il garantit une qualité constante des produits selon les critères fixés et répond aux besoins des patients. La participation du service diététique est souhaitable car elle permet d'adapter le choix et la variété des produits aux patients cancéreux. Ce choix est lié aux nombreuses difficultés alimentaires dues à la maladie et aux traitements lourds et répétés qui perturbent l'état nutritionnel de ces patients.

4.2.2 Cuisson - Goût

Chez les patients cancéreux, les nausées, les modifications du goût et de l'odorat provoquées par la maladie et les traitements sont fréquentes [BLIN2000] [BECOUARN1991] [NITENBERG2000]. On observe surtout une sensibilité accrue aux odeurs alimentaires, une perception différente des saveurs (acidité, amertume ...) ainsi que des aversions à l'égard de certains aliments.

Pour une meilleure prise en compte de ces difficultés, les préparations doivent être simples, soignées, variées, agréables au goût. Elles doivent respecter la saveur des aliments et être préparées avec une attention particulière : cuissons et assaisonnements adaptés.

Une collaboration permanente avec les cuisiniers permet d'améliorer la réalisation ou l'assaisonnement d'un plat en fonction des souhaits des patients et des impératifs nutritionnels.

Des fiches techniques des différentes recettes doivent être à disposition et utilisées pour assurer la régularité de la composition, de la valeur nutritionnelle et gustative des plats.

4.2.3 Présentation

Pour susciter l'appétit souvent déficient de ces patients, il est particulièrement important de servir des plats agréablement présentés. L'utilisation de vaisselle jetable et de barquettes en plastique peut diminuer l'appréciation qualitative du repas servi. Cependant dans certains cas, la vaisselle jetable est recommandée, lors des traitements à l'iode radioactif ou lors de l'isolement de certains patients, par exemple. Dans ce cas, elle doit être de bonne qualité et d'un aspect attrayant. Le patient doit être informé au préalable de l'utilisation de cette vaisselle jetable.

Les aliments sont conditionnés de façon soignée et propre et sont agrémentés de garnitures telles que persil, citron, tomates, salades ...

L'association de couleurs éveille l'appétit visuel des patients et rend ainsi le plateau repas plus attrayant [APHP1996]. Le choix du conditionnement doit tenir compte du type de patients : par exemple, pour les enfants, proposer un environnement ludique, autour du repas par l'intermédiaire d'un plateau repas décoré, d'un set de plateau avec coloriage, jeux ...

Au total

La préparation

Standards

Des fiches techniques des recettes doivent être à disposition et utilisées pour assurer la régularité de la composition, de la valeur nutritionnelle et gustative des plats.

Le service doit avoir les moyens de s'adapter aux besoins du patient cancéreux dont les goûts et aversions peuvent être perturbés par la maladie et/ou les traitements

Recommandations

Il est recommandé d'utiliser de la vaisselle non jetable sauf dans certains cas précis.

La participation du service diététique à l'élaboration du cahier des charges d'achat des denrées est recommandée.

Une collaboration quotidienne avec le service restauration permet de veiller au maintien de la qualité de la prestation alimentaire.

4.3 Variété - Choix

4.3.1 Menus

Le service diététique est responsable de la qualité nutritionnelle du plan alimentaire et participe à l'élaboration des menus lors des commissions de menus, regroupant différents partenaires : économat, personnel de soins, service de restauration, personnel hôtelier, etc. ...

Ces menus prennent en compte :

- le type de rationnaire : enfants, adultes ...
- le budget attribué ;
- l'organisation de la production ;
- l'équilibre alimentaire ;
- la saison ;
- la rotation des stocks ;
- la variété ;
- l'harmonie des couleurs ;
- les religions, les croyances ;
- les habitudes régionales.

Le cycle des menus doit s'adapter à l'évolution des cycles des traitements spécifiques à la pathologie cancéreuse.

Du fait de l'hospitalisation séquentielle, les menus à jours fixes sont à proscrire.

Le patient cancéreux étant particulièrement sensible aux odeurs alimentaires, la diététicienne doit être vigilante à l'association de certains plats dégageant des odeurs fortes [BECOUARN1991].

Le diététicien utilise le menu du jour et adapte la texture, le régime, l'enrichissement et l'assaisonnement à la pathologie et à l'état du patient.

Il est souhaitable d'offrir la possibilité de petits déjeuners plus copieux et de proposer des collations. Ces moments étant favorables aux prises alimentaires, ils peuvent contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des patients.

4.3.2 Choix

L'équilibre alimentaire doit être respecté autant que possible en jouant sur les équivalences, en raison de :

- la variabilité de l'appétit du patient au jour le jour ;
- d'une aversion sélective pour certains aliments ;
- des modifications fluctuantes du goût et des odeurs liés aux traitements ;
- de l'état général du patient et de ses besoins.

Il est nécessaire d'offrir des possibilités réelles de choix au sein des menus et pour les différentes catégories d'aliments.

Une gamme attractive et variée d'aliments permet de modifier la structure classique du menu et de proposer de nouvelles combinaisons entre les différents plats, hors du schéma traditionnel tout en dédramatisant le repas [APHP1996].

Du fait d'une hypersensibilité aux odeurs alimentaires et de nausées, les plats chauds peuvent incommoder les patients. Aussi, des plats froids de remplacement, ne dégageant pas d'odeurs prononcées, doivent être disponibles (viandes froides, sandwiches, assiettes de crudités, laitages ...) [BECOUARN1991] [APHP1996].

Les patients doivent également avoir la possibilité de choisir entre différents assaisonnements et de conjuguer des plats salés ou sucrés.

Les choix proposés aux patients à partir de plats adaptés répondent aux prescriptions médicales à l'évolution de leur état de santé tout en correspondant à leurs goûts.

4.3.3 Portions

Quelle que soit la texture des repas, la taille des portions doit être adaptée au patient en tenant compte de son âge, de ses besoins, de son appétit.

Elles doivent pouvoir être modulables dans le temps. Qu'il s'agisse de la quantité, de l'aspect, de la présentation, les portions ne doivent pas provoquer de sentiment désagréable.

Si besoin, une organisation bien planifiée doit pouvoir permettre un fractionnement des repas, afin d'atteindre une ration calorique quotidienne correcte dans des conditions d'hygiène irréprochables (présence de réfrigérateur intermédiaire, utilisation de produits U.H.T. ...).

4.3.4 Texture des repas

Du fait de la maladie mais aussi des traitements, la dysphagie, les troubles de déglutition, les fausses routes, les mucites, l'hyposialie ou l'asialie, les extractions dentaires constituent des difficultés rencontrées fréquemment par les patients [CHENCHARICK1983] [NAYEL1992].

Tous ces symptômes nécessitent une modification de la texture de l'alimentation.

La consistance est plus ou moins fluide en fonction des possibilités mécaniques du patient.

Les préparations doivent être homogènes, onctueuses grâce à l'utilisation de sauces, crèmes, lait, laitages. Elles excluent les aliments durs, collants et doivent conserver autant que possible un aspect attrayant. Si nécessaire, il convient d'enrichir l'alimentation en calories et protéines (Cf. prise en charge diététique - Bonnes pratiques des cancers ORL) [MEURIC1999].

Au total

Variété et choix des aliments

Standards

Le cycle des menus doit s'adapter à l'évolution des cycles des traitements spécifiques à la pathologie cancéreuse.

Le rythme et la qualité des prises alimentaires doivent être adaptés à la maladie cancéreuse : petits déjeuner plus copieux, possibilités de collations, portions et texture adaptées...

Recommandations

Il est recommandé de pouvoir offrir des possibilités réelles de choix à l'intérieur des menus et pour les différentes catégories d'aliments.

4.4 Prise de commande

Quelque soit l'organisation, la prise de commande individuelle du repas est primordiale et prend en considération le patient [ROGEZ1996].

Elle doit permettre :

- de faciliter le choix du menu en soulignant tous les changements possibles ;
- de cerner les attentes et mieux connaître le patient : ses habitudes alimentaires, ses goûts, sa pathologie, les interdits liés à sa religion ou à sa culture ;
- de comprendre les besoins en fonction des difficultés éventuelles : degré d'autonomie, troubles de la mastication, dysphagie, mucites ...

Elle peut aussi permettre de manifester une attention particulière (anniversaire...).

La prise de commande est vérifiée par le service diététique et assurée par celui-ci toutes les fois qu'un problème nutritionnel se pose et après évaluation nutritionnelle (Cf. bonnes pratiques - Evaluation nutritionnelle) [DUGUET1999]. Si la prise de commande est informatisée, le diététicien participe au choix et au paramétrage du logiciel.

La prise de commande doit respecter la prescription médicale d'où la nécessité d'une bonne coopération et de transmissions fréquentes avec les services de soins. Elle a lieu le plus près possible de la consommation et au jour le jour si besoin lorsque l'organisation le permet.

L'organisation avec le service de restauration est suffisamment souple pour accepter des modifications de dernière minute provenant des prescriptions médicales, des données pratiques et du patient.

En effet, leurs envies sont parfois très fugaces et peuvent changer au cours d'une même journée.

Au total**Prise de la commande.****Standards**

La prise de commande des repas est personnalisée et tient compte des prescriptions médicales. Elle est validée par le service diététique.

Recommandations

Il est recommandé que la prise de commande ait lieu le plus près possible du repas pour pouvoir s'adapter au mieux à l'état du patient.

L'organisation avec le service de restauration devrait être suffisamment souple pour accepter des modifications de dernière minute provenant des prescriptions, des données pratiques et du patient.

4.5 Horaire des repas

Le repas est un moment privilégié pour le patient. Il convient donc de définir et d'améliorer les plages horaires favorables aux prises alimentaires, respectées par tous les services concernés [ROGEZ1996].

Le dîner doit être servi le plus tard possible pour limiter le temps écoulé entre le repas du soir et le petit déjeuner [RICOUR2000] [AGNETTI2000] [BAYNAUD2000] [LECOMTE2000] [BICAÏS2000].

Dans la mesure du possible, les examens d'investigation, les traitements de radiothérapie, les soins devraient être programmés en fonction des horaires des repas pour éviter au patient de manquer des repas faute d'organisation et de communication.

Des collations et en cas doivent être disponibles dans les services de soins pour répondre à l'appétit fluctuant des patients cancéreux, pour multiplier les prises alimentaires et maintenir une certaine souplesse dans les horaires [BLIN2000].

Le service diététique s'assure de la mise en place d'une procédure de distribution des goûters et collations adaptés aux patients et respectant les règles d'hygiène conformément à l'Arrêté du 29/09/97.

Au total**Horaires des repas****Standards**

Le dîner doit être servi le plus tard possible pour limiter le temps écoulé entre le repas du soir et le petit déjeuner.

Recommandations

Les horaires des repas doivent être adaptés au confort et aux besoins des patients

4.6 Conformité du plateau

Les plateaux repas doivent être personnalisés et adaptés à chaque patient.

Dans la plupart des cas le service diététique est responsable de la conformité des plateaux repas lors du départ vers les services de soins. Le respect de l'hygiène, la composition de chaque plateau en fonction de la carte repas, la disposition et la présentation des plats, la texture, le respect des portions constituent des éléments importants à vérifier [RAIKOVIC1998].

Au total**Conformité du plateau****Recommandations**

Le respect de l'hygiène, la composition de chaque plateau en fonction de la carte repas, la disposition et la présentation des plats, le respect des portions constituent des éléments importants à vérifier.

4.7 Transport des repas

Les repas préparés quittent le service de restauration et sont acheminés vers les services de soins à l'aide de chariots de transport des repas.

Le choix de ces chariots est fonction des technologies de cuisson et de remise en température retenues dans l'établissement.

Toutefois, il conviendra de vérifier que ces chariots possèdent des caractéristiques d'hygiène satisfaisantes ainsi qu'une bonne aptitude au nettoyage conformément à l'Arrêté du 29/09/97 [JORF1997] et la Norme Française Hygiène Alimentaire (AFNOR). Il s'agit d'une certification de conformité des matériels relative à l'aptitude au nettoyage, aux performances thermiques du matériel et à des exigences de qualité au niveau de la fabrication.

4.8 Remise en température

Différents procédés de remise en température existent :

La liaison chaude : les aliments cuisinés sont consommés le jour de leur fabrication et sont maintenus au-dessus de 63°C à cœur jusqu'à leur distribution.

La liaison froide : les aliments cuisinés peuvent être consommés dans les trois jours suivant leur fabrication. La température à cœur des aliments doit être abaissée de + 63°C à + 10°C en moins de 2 heures et la conservation se fait à une température comprise entre 0°C et 3°C. Lors de la remise en température, les plats cuisinés ne doivent pas rester plus d'une heure entre + 10°C et + 63°C à cœur minimum correspondant à la température de distribution.

Dans certains établissements hospitaliers, les deux types de liaison peuvent coexister : liaison chaude en semaine et liaison froide les week-ends. le service de restauration planifie alors sa production 5 jours sur 7 pour permettre de meilleures conditions de travail.

La liaison froide négative : cette technique est très rarement utilisée. Les plats cuisinés peuvent être stockés plusieurs mois à - 18°C entre la fabrication et la consommation. La température doit être abaissée de 63°C à 10°C en moins de 2 heures puis de + 10°C à - 18°C.

La maîtrise des températures, conformément à l'Arrêté du 29/09/97, exige des auto-contrôles fréquents à tous les stades de fabrication, de conservation, de transport et de distribution des aliments.

Quelle que soit l'organisation retenue, certains paramètres doivent être respectés pour préserver les qualités organoleptiques et sanitaires des plats [JORF1997].

- le personnel est informé des modalités de remise en température à suivre et dispose d'un protocole adapté de façon à effectuer cette opération avec le plus grand soin.
- les temps préconisés sont respectés pour conserver la saveur, éviter le dessèchement des aliments ou pour éviter de servir des plats insuffisamment chauds.
- un plateau ne doit jamais être réchauffé et doit être jeté s'il n'est pas consommé de suite.
- de même, ne jamais laisser un plateau à température ambiante.

Pour la liaison chaude, le maintenir au chaud à + de 63°C.

Pour la liaison froide, l'entreposer au réfrigérateur à une température inférieure ou égale à + 10°C dans un délai maximum de 2 heures.

Au total**Remise en température.****Standards**

Le type de liaison choisi doit être respecté (pas de réchauffement d'un plateau non consommé tout de suite, pas de plateaux laissés à température ambiante...).

Le personnel doit être formé de façon régulière et adaptée au type de liaison qu'il utilise.

4.9 Distribution des repas

L'organisation de la distribution est différente selon les établissements. Le plus souvent, la distribution des repas est déléguée aux aides-soignants, au personnel hôtelier, ou tout autre personnel qualifié.

Au préalable :

- le personnel chargé de servir les repas doit être informé par le personnel médical des patients devant rester à jeun. Il peut également s'assurer de la présence du patient au moment du repas.
- le personnel doit se laver les mains, ne pas porter de bijoux, avoir une tenue soignée (cheveux propres et attachés si besoin, pas d'odeurs : transpiration ou parfum trop prononcé, ongles propres...). Il est souhaitable qu'il porte un tablier ou une surblouse exclusivement réservé au service des repas.

Le temps du repas est un moment privilégié. Aussi, proposer un service agréable doit permettre au patient de stimuler son appétit et donc de mieux s'alimenter [ROGEZ1996].

Le personnel veillera à proposer aux patients d'aller aux toilettes et de se laver les mains. Il doit penser à retirer de la table, crachoir, urinal, bassin, mouchoirs ...

Au cours de la distribution :

- le personnel veille à la conformité du plateau par rapport au choix du patient, à la texture et au régime alimentaire. Il dispose les éventuels éléments complémentaires : pain, serviettes, verres, couverts, boissons ... et s'assure de la propreté et de la présentation du plateau : présence du verre et des couverts propres, absence de miettes de pain ou de sauces renversées, etc...
- le personnel change le verre et apporte de l'eau fraîche si besoin.
- si le patient est incommodé par les odeurs du fait des traitements, le personnel tentera d'y remédier en découvrant les aliments chauds avant d'entrer dans la chambre.
- le personnel aide le patient en fonction de son autonomie et l'installe confortablement au lit ou au fauteuil. Il pense à mettre la sonnette à portée de main. Il ouvre les emballages, coupe les aliments, épluche les fruits et évite de tout mélanger dans l'assiette même si le repas est mouliné.

Le personnel assiste ou fait manger le patient en respectant son rythme, en l'encourageant sans le brusquer, en ne l'obligeant pas à manger contre son gré.

Le personnel chargé de la distribution doit être à l'écoute du patient et doit lui laisser suffisamment de temps pour manger. Il fait preuve de disponibilité, encourage, stimule et s'assure de sa satisfaction.

La présence de l'équipe diététique pendant les repas est souhaitable pour vérifier le bon déroulement de la distribution mais également pour mieux intégrer l'activité hôtelière à la prise en compte des soins.

Au total**Distribution des repas****Standards**

La prise en compte des difficultés pratiques et physiologiques rencontrées par le patient participe à la qualité du repas servi.

Recommandations

Le personnel chargé de la distribution doit être disponible pour le patient, à l'écoute de celui-ci et lui laisser suffisamment de temps pour manger.

4.10 Contrôle des ingesta

A la fin du repas, le personnel formé par le service diététique, évalue la prise alimentaire pour les patients ayant un suivi nutritionnel.

Il note sur des fiches alimentaires, les aliments, les liquides et les quantités absorbées de façon claire et précise, les quantités devant être mesurables et fiables.

Il transmet à l'équipe soignante et au service diététique toute remarque sur le déroulement du repas et le comportement de la personne (refus de manger, problème de déglutition, fausses routes, nausées, hoquets, vomissements ...).

Grâce à la qualité des transmissions, le diététicien peut alors évaluer et modifier éventuellement sa stratégie nutritionnelle.

Au total**Contrôle des ingesta****Standard**

A la fin du repas, le personnel évalue de façon fiable et reproductible la prise alimentaire pour les patients ayant un suivi nutritionnel.

4.11 Retour des plateaux

Le repas terminé, le plateau doit être intégralement débarrassé, l'adaptable ou la table nettoyé [ROGEZ1996].

Un protocole adapté précisera les conditions de retour et de lavage de la vaisselle sale réutilisable et des chariots de transport.

Quelle que soit l'organisation, les chariots sont nettoyés sans délai, désinfectés et rincés conformément à l'Arrêté du 29/09/97 [JORF1997].

5. EVALUATION DE LA PRESTATION ALIMENTAIRE

La finalité du repas est la satisfaction du convive tout en respectant ses besoins nutritionnels et les prescriptions médicales. Aussi, pour s'assurer de la qualité globale du service restauration, pour connaître les avis et les attentes, il est nécessaire de mesurer la perception de la qualité servie sous la forme d'enquêtes de satisfaction.

L'enquête de satisfaction doit être suffisamment complète et précise tout en restant compréhensible pour le patient et pas trop longue [COLL2000] [RICOUR2000] [BICAÏS2000].

L'évaluation portera sur l'ensemble de la prestation :

- les menus et le choix ; le respect de ce choix
- les horaires des repas ;
- la présentation, le plateau, la vaisselle ;

- la qualité du repas : goût, température, portion ;
- le service du repas et le temps consacré à sa consommation.

Le document devra laisser la possibilité aux remarques et suggestions.

Les résultats seront transmis à l'équipe de Direction ainsi qu'aux différents acteurs de soins et professionnels de restauration lors d'une réunion multidisciplinaire.

Des améliorations seront alors décidées et mises en place.

L'enquête doit être distribuée ponctuellement et doit être reproductible pour évaluer dans le temps l'impact des actions correctives. Elle constitue un des éléments de mesure permettant d'évoluer vers une démarche qualité.

Au total

Evaluation de la satisfaction du patients

Standards

La satisfaction du patient doit être évaluée au moins une fois par an par des enquêtes claires et compréhensibles. Les résultats de ces enquêtes doivent conduire à des améliorations de la qualité de la prestation alimentaire.

6. PLACE - ROLE DU DIETETICIEN DANS LA PRESTATION ALIMENTAIRE

La fonction restauration s'inscrit dans une démarche multidisciplinaire faisant intervenir de nombreux acteurs [COLL2000] :

- services économiques et financiers
- service qualité
- personnel du service de restauration
- services de soins
- service diététique
- service logistique et technique
- médecine du travail
- Comité de lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN).
- Comités de liaison alimentaire-nutrition (CLAN). Dans son rapport de mission sur l'alimentation hospitalière, le Professeur Bernard Guy Grand préconise la mise en place de ces comités composés de professionnels différents (médecins, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, équipe de restauration, direction) pour évaluer, coordonner et contrôler les actions concourant à améliorer la prise en charge nutritionnelle. La qualité des soins, la qualité professionnelle ainsi que la performance économique sont les trois axes majeurs d'orientation de ces comités [GUYGRAND1997].

C'est avant tout la mobilisation et la motivation de tous qui doit permettre d'atteindre l'objectif essentiel : le bien-être et la satisfaction du patient.

Le diététicien participe comme acteur de santé à la prise en charge globale de la personne soignée [PUISSANT1995].

Le service diététique collabore à la gestion de la fonction restauration et s'implique dans la politique alimentaire et nutritionnelle de l'établissement. Il établit une cohérence dans l'organisation de la restauration en liaison avec les multiples partenaires concernés [AGNETTI2000].

Le diététicien a une place plus ou moins prépondérante dans l'organisation de la prestation alimentaire en fonction des établissements de soins.

6.1 Relations avec le service financier - économique

Dans le cadre de sa participation à l'organisation de la restauration, le diététicien a connaissance des contraintes économiques et des enjeux sociaux de l'établissement [PUISSANT1995].

Il collabore aux choix techniques (locaux, équipements, types de liaisons ...) et aux choix des différentes prestations offertes aux patients.

Lorsque la gestion de la restauration est concédée; il s'implique dans l'élaboration du cahier des charges des clauses techniques particulières et dans le choix du prestataire extérieur. Il joue alors un rôle d'interface prépondérant et permet une collaboration de qualité avec l'établissement [RAIKOVIC1998].

6.2 Avec le service de restauration

Le diététicien veille à l'application et au respect de la réglementation relative à la sécurité alimentaire (Arrêté du 29/09/97 [JORF1997]).

Le diététicien participe au plan de formation et peut assurer les actions d'éducation et de prévention auprès du personnel du service de restauration.

Il travaille en collaboration constante avec le personnel du service de restauration en tant que trait d'union entre les patients et la restauration. Il rapporte les remarques, les réclamations mais aussi les compliments afin de valoriser et de motiver l'équipe.

Cet échange garantit le respect des commandes et permet l'élaboration de préparations adaptées et conformes, optimisant ainsi la prise alimentaire du patient.

6.3 Avec les services de soins

C'est auprès du personnel soignant que le diététicien recueille des informations concernant le patient ainsi que la prescription médicale qui lui permet d'établir un diagnostic diététique. En retour, il transmet et informe les services médicaux et soignants de la prescription de ces consignes [PUISSANT1995].

Le diététicien participe au plan de formation et peut assurer les actions d'éducation et de prévention en matière d'alimentation, de sécurité alimentaire, de distribution des repas [APHP2000]. Il rédige les protocoles nécessaires pour améliorer la prestation alimentaire dans les services de soins conformément à la démarche HACCP, notamment pour l'autoévaluation.

Le contrôle systématique de la distribution des repas par le diététicien serait souhaitable, mais il n'est pas toujours réalisable en pratique par manque de temps et de personnel.

6.4 Avec le patient et ses proches

Le patient est l'élément central de la qualité du service restauration. Le repas constitue un moment privilégié de la journée pour une personne hospitalisée. L'information du patient sur les possibilités de restauration de l'établissement est capitale. Ceci peut se faire dans le livret d'accueil ou au moyen d'une plaquette spéciale restauration où sont listées les informations :

- horaires des repas,
- choix disponibles,
- personnes à joindre,
- contact diététique,
- présence ou non d'une cafétéria,
- possibilité de restauration des familles.

Le diététicien participe au principe qui garantit la sécurité alimentaire et doit satisfaire les besoins nutritionnels mais aussi apporter plaisir et considération.

C'est à travers la composition du plateau que se concrétise vraiment la relation du diététicien au patient [RAIKOVIC1998].

Rencontrer le patient et/ou ses proches chaque fois que nécessaire est primordial pour favoriser le dialogue, l'écoute et obtenir leur collaboration.

L'enquête alimentaire permet de connaître le patient et de définir l'intervention diététique :

- appréciation de l'état nutritionnel et de ses besoins
- évaluation de la consommation alimentaire

- analyse des habitudes et des goûts
- identification des problèmes nutritionnels.

Le diététicien peut alors concilier et moduler l'alimentation tout au long de l'hospitalisation selon l'évolution de la pathologie, du traitement, des ingesta, de l'acceptabilité et de la satisfaction du patient.

Il fait preuve de disponibilité et de souplesse pour répondre au mieux à l'envie du moment et faire plaisir autant que possible.

Au total

Le rôle du diététicien

Standards

Le service diététique est l'interface entre les services économiques, les services de soins, le service de restauration et le patient. Il veille à l'hygiène et à la qualité sanitaire de l'alimentation de l'établissement. C'est le garant de l'équilibre et de la qualité nutritionnelle de la prestation alimentaire tout en intégrant la spécificité des patients cancéreux.

Le diététicien élabore les plans de formation, assure les actions de formation et d'information continues en matière d'alimentation, de sécurité alimentaire, de distribution des repas et rédige les protocoles nécessaires pour améliorer dans les services de soins la prestation alimentaire aux patients.

Recommandations

La création de Comités de liaison alimentation-nutrition (CLAN) est recommandée. Il est recommandé de prévoir et d'actualiser des documents permettant d'informer le patient sur les possibilités de restauration proposées dans chaque établissement.

LES RECOMMANDATIONS DE LA FNCLCC

1. **Objectifs de la prestation alimentaire.** La prestation alimentaire doit garantir une alimentation saine en matière de sécurité alimentaire. Elle fait partie intégrante des soins en donnant à l'ensemble des patients une prestation en accord avec leurs besoins nutritionnels. La prestation doit garantir un service de qualité conforme aux attentes du patient et participe à l'éducation nutritionnelle du patient (standards).
2. **La sécurité alimentaire.** Le diététicien participe à l'application de la législation en matière de sécurité alimentaire et doit signaler tout manquement au responsable de l'établissement (Standard). Le diététicien doit être informé des résultats de tous les contrôles effectués (Standard). Le diététicien doit s'assurer que la formation et l'information sont diffusées, et renouvelées si besoin, auprès du personnel (Standard)
3. **La préparation.** Des fiches techniques des recettes doivent être à disposition et utilisées pour assurer la régularité de la composition, de la valeur nutritionnelle et gustative des plats (Standard). Le service doit avoir les moyens de s'adapter aux besoins du patient cancéreux dont les goûts et aversions peuvent être perturbés par la maladie et/ou les traitements (Standard). Il est recommandé d'utiliser de la vaisselle non jetable (Recommandation). La participation du service diététique à l'élaboration du cahier des charges d'achat des denrées est recommandée (Recommandation).
4. **Variété et choix des aliments.** Le cycle des menus doit s'adapter à l'évolution des cycles des traitements spécifiques à la pathologie cancéreuse (Standard). Le rythme et la qualité des prises alimentaires doivent être adaptés à la maladie cancéreuse : petits déjeuner plus copieux, possibilités de collations, portions et texture adaptées...(Standard). Il est recommandé de pouvoir offrir des possibilités réelles de choix à l'intérieur des menus et pour les différentes catégories d'aliments : repas froids...(Recommandation).
5. **Prise de la commande.** La prise de commande des repas est personnalisée et tient compte des prescriptions médicales. Elle est validée par le service diététique (Standard). Il est recommandé, lorsque l'organisation le permet, que la prise de commande ait lieu le plus près possible du repas pour pouvoir s'adapter au mieux à l'état du patient. L'organisation avec le service de restauration devrait être suffisamment souple pour accepter des modifications de dernière minute provenant des prescriptions, des données pratiques et du patient (Recommandation).
6. **Horaires des repas.** Le dîner doit être servi le plus tard possible pour limiter le temps écoulé entre le repas du soir et le petit déjeuner (Standard). Les horaires des repas doivent être adaptés au confort et aux besoins des patients (Recommandations).
7. **Conformité du plateau.** Le respect de l'hygiène, la composition de chaque plateau en fonction de la carte repas, la disposition et la présentation des plats, le respect des portions constituent des éléments importants à vérifier (Recommandation).
8. **Remise en température et distribution des repas.** Le type de liaison choisi doit être respecté (pas de réchauffement d'un plateau non consommé tout de suite, pas de plateaux laissés à température ambiante...) (Standard). Le personnel doit être formé de façon régulière et adaptée au type de liaison qu'il utilise (Standard). La prise en compte des difficultés pratiques et physiologiques rencontrées par le patient participe à la qualité du repas servi (Standard). Le personnel chargé de la distribution doit être disponible pour le patient, à l'écoute de celui-ci et lui laisser suffisamment de temps pour manger (Recommandation).
9. **Contrôle des ingesta.** A la fin du repas, le personnel évalue de façon fiable et reproductible la prise alimentaire pour les patients ayant un suivi nutritionnel (Standard).
10. **Evaluation de la satisfaction du patients.** La satisfaction du patient doit être évaluée au moins une fois par an par des enquêtes claires et compréhensibles. Les résultats de ces enquêtes doivent conduire à des améliorations de la qualité de la prestation alimentaire (Standards).
11. **Le rôle du diététicien** Le service diététique est l'interface entre les services économiques, les services de soins, le service de restauration et le patient. Il veille à la sécurité alimentaire et à la qualité sanitaire de l'alimentation de l'établissement. C'est le garant de l'équilibre et de la qualité nutritionnelle de la prestation alimentaire tout en intégrant la spécificité des patients cancéreux (Standard). Le diététicien élabore le plan de formation et assure les actions de formation et d'information continues en matière d'alimentation, de sécurité alimentaire, de distribution des repas et rédige les protocoles nécessaires

pour améliorer dans les services de soins la prestation alimentaire délivrée aux patients (Standard). La création de Comités de liaison alimentation-nutrition (CLAN) est recommandée. Il est recommandé de prévoir et d'actualiser des documents permettant d'informer le patient sur les possibilités de restauration proposées dans chaque établissement.

BIBLIOGRAPHIE

- [AGNETTI2000]** Agnetti R, Puissant M. La diététique intégrée dans la démarche qualité. Soins 2000;643:35-7.
- [APHP1996]** APHP, editor. Alimentation, plaisir, cancer. 1ère,journée Diététique et Cancer; 1996
- [APHP2000]** APHP. Services Logistique Hospitalière - Direction du Patrimoine et de la Logistique et Service Evaluation, editor. Evaluation de la Qualité de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins. Référentiel. Paris: Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, 2000.
- [BAYNAUD2000]** Baynaud S, Buffet F. Prévenir les risques liés à l'alimentation à l'hôpital. Soins 2000;643:37-40.
- [BECOUARN1991]** Becouarn Y, Hoerni B, Dilhuydy J, Stöckle E, Bonneteau C, Brunet R. Modification du goût chez les patients atteints de cancer. Bull Cancer 1991;78:901-13.
- [BICAÏS2000]** Bicaïs M. L'alimentation est un soin, mais à l'hôpital elle continue à passer en dernier. Soins 2000;643:48-.
- [BLIN2000]** Blin M. Pathologies et traitements : de l'importance de la diététique. Cancer : stimuler l'appétit. Profession Santé Infirmière 2000;14:22
- [CHAMPETIER2000]** Champetier S, Bataillard A, Lallemand Y, Montané C. Bonnes pratiques pour la prise en charge diététique en cancérologie : la consultation. Bull Cancer 2000;87(12):In Press
- [CHENCHARICK1983]** Chencharick J, Mossman K. Nutritionnal consequences of the radiotherapy of head and neck cancer. cancer 1983;51:811-5.
- [COLL2000]** Coll J, Chiquet G. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, editor. La fonction restauration dans les établissements de Santé. Eléments d'approche méthodologique.Direction des Hôpitaux; 2000 Mar. Rapport Nø Bureaux S12-S13.
- [CONSEILSUPERIEU1992]** Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Hygiène de l'environnement hospitalier : 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Bulletin d'Hygiène Hospitalière 1992;Numéro spécial:45-8.
- [DUGUET1999]** Duguet A, Bachmann P, Lallemand Y, Blanc-Vincent M. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle. Bull Cancer 1999;86(12):997-1016.
- [FERVERS1995]** Fervers B, Bonichon F, Demard F, Heron JF, Mathoulin S, Philip T, et al. [Methodology of the development of diagnostic and therapeutic standards, options and recommendations in oncology]. [French]. Bulletin du Cancer 1995;82(10):761-7.
- [GUYGRAND1997]** Guygrand B. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, editor. Rapport de mission au Ministre chargé de la Santé. Alimentation en milieu hospitalier. 1997 Apr.
- [JOCE1993]** JOCE. Directive 93/43/CEE du Conseil du 14.6.93 relative à l'hygiène des denrées alimentaires du 19/7/1993.Journal Officiel de la Communauté Européenne; 1993 Jul 19. Rapport Nø L/175.1 à L175.11.
- [JORF1971]** JORF. Décret du 21/7/1971 relatif à l'inspection sanitaire et qualitative des animaux vivants et des denrées animales ou d'origine animale. Journal Officiel de la République Française 1971;1/8/1971
- [JORF1974]** JORF. Arrêté du 01/02/1974 réglementant les conditions d'hygiène relatives au transport des denrées périssables. Journal Officiel de la République Française 1974;20/3/1974
- [JORF1977]** JORF. Arrêté du 10/3/77 relatif à l'état de santé et à l'hygiène du personnel appelé à manipuler des denrées animales ou d'origine animale. Journal Officiel de la République Française 1977;31/3/1977
- [JORF1997]** JORF. Arrêté du 29/9/97 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. Journal Officiel de la République Française 1997;23/10/1997

[JORF1998] JORF. Note de service DGAL/SDHA/N98 du 10/8/1998 précisant l'application de l'arrêté du 29/9/97. Journal Officiel de la République Française 1998.

[LECOMTE2000] Lecomte S. Restauration collective et alimentation hospitalière. Soins 2000;643:40-.

[MEURIC1999] Meuric J, Garabige V, Blanc-Vincent M, Lallemand Y, Bachmann P. Bonnes pratiques pour la prise en charge diététique des patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures. Bull Cancer 1999;86(10):843-54.

[NAYEL1992] Nayel H, El Goneimy E, El haddad S. Impact of nutritional supplementation on treatment delay and morbidity in patients with Head and Neck Tumors treated with irradiation. cancer 1992;8(1):13-8.

[NITENBERG2000] Nitenberg G, Raynard B. Nutritional support of the cancer patient: issues and dilemmas. Crit Rev Oncol Hematol 2000;34(3):137-68.

[PUISSANT1995] Puissant M, Six M, Garrault C, Cabanel M, Maitre M. Professions de Santé, editor. Diététiciens d'aujourd'hui. Paris: Maloine, 1995.

[RAIKOVIC1998] Raikovic M. La fonction alimentaire en milieu hospitalier. Décision santé 1998;124:14-6.

[RICOUR2000] Ricour C, Rigaud D, Tronchon P. L'alimentation est un soin. Soins 2000;643:30-5.

[ROGEZ1996] Rogez E, et Ir. La restauration hospitalière vers un label de qualité. L'aide soignante 1996;1:3-12.

[ROZIER1995] Rozier J. Ecole vétérinaire d'Alfort, editor. HACCP : de la théorie à quelques contraintes. La Cuisine collective et l'Association vétérinaire d'hygiène alimentaire., 1995.