

Accompagner la mise en place des recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques en établissement de santé

FICHE ALIMENTATION STANDARD

1. RECOMMANDATIONS CONCERNÉES : N°1 À 4 – N°13

En dehors d'une adaptation personnalisée, il est recommandé que l'alimentation standard :

- Apporte un minimum de 2000 kcal/j (Recommandation N°3).
- Réponde aux recommandations pour la prévention et la promotion de la santé (Recommandation N°2).
- Propose plusieurs choix (Recommandation N°1).
- Rende accessible les valeurs nutritionnelles (énergie, protéines, lipides, glucides) au prescripteur et au diététicien (Recommandation N°4).
- Soit adaptée aux patients diabétiques sans exclusion des produits et desserts sucrés (recommandation n°13).

2. POPULATION CIBLE :

Tous les patients/résidents adultes n'ayant pas une prescription d'alimentation thérapeutique.

3. DÉMARCHE

1ÈRE ÉTAPE :

CONSTITUER UN COMITE PROJET ET DEFINIR LES OBJECTIFS DE LA MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS

Définir une offre alimentaire

- Qui couvre les besoins nutritionnels du plus grand nombre pour préserver un état nutritionnel et d'hydratation corrects en cohérence avec la politique nutritionnelle de prévention et promotion de la santé,
- tout en rationalisant l'offre, harmonisant les pratiques, diminuant les contraintes sources de restrictions, dans le but d'améliorer la consommation et contribuer à limiter le gaspillage.

L'offre standard peut répondre à un maximum d'alimentations thérapeutiques et il est important de se baser sur les preuves ou consensus scientifiques en cas d'alimentations thérapeutiques restrictives.

2ÈME ÉTAPE :

FAIRE UN ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE ALIMENTAIRE POUR LES REPAS STANDARDS ET FIXER DES AXES D'AMÉLIORATION

a. Identifier les besoins de la structure et des patients/résidents : EPP et

- Réaliser la cartographie des modes d'hospitalisation/d'hébergement (HDJ, séances, courts moyens et longs séjours) et des alimentations standards et thérapeutiques.
- Evaluer les représentations des professionnels sur l'alimentation standard : « Recueillir leurs avis et ressentis sur la qualité des repas servis dans la structure, comment ils communiquent entre eux et avec les patients/résidents et leur entourage sur la valeur de l'alimentation dans l'établissement » et évaluer les besoins de formation des professionnels.
- Interroger si le choix est réalisé et s'il permet un apport énergétique adapté (en prenant en compte les plats proposés en remplacement).
- Définir les responsabilités de chacun dans la chaîne du repas (de l'élaboration des plans alimentaires à la consommation des repas), y compris des professionnels de santé et des patients/résidents.

b. Réaliser une cartographie de l'offre alimentaire.

- Calculer la valorisation nutritionnelle des fiches recettes et des menus standards et faire des analyses nutritionnelles. La moyenne hebdomadaire peut être intéressante car il peut y avoir des variations quotidiennes.

- Evaluer la qualité des collations et des petits déjeuners réellement distribués.
- Evaluer les consommations des patients/résidents, identifier les plats qui sont bien consommés et les plats qui sont rejetés.

c. Mesurer l'écart entre les besoins, les recommandations et l'offre alimentaire.

- Le petit déjeuner est le repas le plus apprécié et doit représenter à minima 20% de l'apport énergétique journalier soit ≥ 400 Kcal.
- La mise en place de collations doit être prise en compte et peut constituer un axe de travail pour atteindre les objectifs nutritionnels.

d. Cibler les axes prioritaires d'amélioration en fonction des capacités de la structure.

3ÈME ÉTAPE :

IMPULSER LE CHANGEMENT EN FAVORISANT LA PARTICIPATION

Voir fiche méthode

Pour encourager l'adhésion des professionnels et accompagner les patients/résidents : Mettre en place des groupes de travail pour réaliser en pluriprofessionnalité : des tests produits, des commissions du goût dans les unités de soins/d'hébergement, des enquêtes flash, des observations/ accompagnements au moment des repas et de la prise de commande, un travail sur les recettes, des visites de sites, selon des critères objectifs.

Exemples d'arguments pour faciliter l'adhésion à la recommandation

ARGUMENTS	DESSCRIPTIF
COUVRIR LES BESOINS NUTRITIONNELS DU PLUS GRAND NOMBRE	L'alimentation standard est aussi adaptée aux patients/résidents atteints de diabète, pour la prévention du risque cardiovasculaire (apports en sel et en lipides dans la cible des recommandations) L'alimentation de base ou standard doit être équilibrée. Et n'est pas compatible avec le tout cuisiné industriel. L'offre alimentaire peut être fractionnée en proposant plus de 3 repas par jour.
RATIONNALISER ET HARMONISER	La réduction du nombre de profils alimentaires au sein d'un établissement limite les déclinaisons des préparations, énergivores et pourvoyeuses de risques d'erreurs et de gaspillage alimentaire. Elle ne doit toutefois pas se faire au détriment d'une simplification « abusive ».

ARGUMENTS	DESSCRIPTIF
DIMINUER LES CONTRAINTES	Certaines déclinaisons sont sources de restrictions et d'une moindre palatabilité.
EQUILIBRER LE BUDGET	La rationalisation (prise en compte des choix et adaptation de l'offre) et la meilleure gestion du gaspillage permettent de choisir des produits de qualité sans surcoût avec un gain de productivité. Les surcoûts du fractionnement et de l'enrichissement calorique et protéique pourront être ainsi compensés.
AMELIORER LA SATISFACTION	L'offre de restauration standard doit permettre d'offrir un choix pour les patients/résidents. Les plats peu appréciés sont éliminés de l'offre, des recettes de chefs étoilés peuvent être testées. Le petit déjeuner plus consistant est source de satisfaction, c'est un repas privilégié. Les assaisonnements et autres aides au repas comme du beurre, de la crème, du fromage râpé contribuent à s'adapter aux goûts du patient/résident, à renforcer l'apport énergétique et la satisfaction globale.

Pour encourager l'adhésion au changement, **former** les professionnels :

- A la qualité hôtelière de la commande et du service du repas au patient (ex formation avec des grands chefs, des écoles hôtelières)
- Aux aides à la prise alimentaire.
- A l'impact de la pathologie sur les besoins nutritionnels.
- Aux nouveaux modes de cuisson.
- A l'alimentation équilibrée et responsable, et aux notions de « dérives » alimentaires.

Des exemples de freins et leurs leviers

RETICENCES/FREINS	ELEMENTS DE REPONSES/LEVIERS
Idées fausses et représentations sur les attentes et les besoins des patients/ résidents, et des professionnels, sur la restauration hospitalière et les moyens mis en œuvre pour améliorer l'offre alimentaire.	Argumentation scientifique, témoignages, visites de sites qui ont déjà modifié leur offre.
Ex « Le réchauffage diminue la qualité gustative. » « Les soignants ne sont pas investis pour l'alimentation des patients. »	Formations, audits de services, adaptation du matériel

RETICENCES/FREINS	ELEMENTS DE REPONSES/LEVIERS
Risque de monotonie des menus à 3 composantes.	Cette configuration de menus peut induire une moindre consommation et nécessite d'être adaptée et réévaluée selon la population (ex : si ces menus sont proposés systématiquement en gériatrie le soir pour diminuer le gaspillage alimentaire). La prise en compte de recettes saisonnières peut favoriser la consommation.
Repas consommés partiellement : difficulté physique, goût et/ou odeur non appréciés, présentation inadaptée.	Tests des recettes jusqu'à la consommation, implication de tous les acteurs et des usagers, adaptation des cuissons, salle de maturation des végétaux. Déconditionnement en assiette pour les patients/résidents les plus fragiles.
L'augmentation des coûts.	Gestion du gaspillage, audit de consommation, étude des gains de productivité.

4ÈME ÉTAPE :

MISE EN OEUVRE :

Favoriser le petit déjeuner :

- Les laitages peuvent remplacer le lait de moins en moins consommé par les adulte.
- Proposer une variété de pains en livraison directe le matin.
- Tout patient/résident devrait bénéficier d'une offre complète et variée qui respecte la prescription nutritionnelle.
- Quantité non limitée de pain, beurre, confiture et/ou miel (beurre conditionné en 15g, sucre en 10g).
- Possibilité de disposer de fruits, compotes ou jus de fruits.
- Proposer des aliments sources de protéines.
- Valider avec les équipes d'imagerie, de chirurgie et du laboratoire d'analyses médicales, la liste des examens nécessitant d'être à jeun, et quand le jeûne est incontournable prévoir un petit déjeuner au retour du patient/résident.

Faciliter la consommation des repas servis :

- Adapter le nombre de composants des menus et les grammages à la typologie de la population accueillie : tenir compte de la perte d'appétit, du stress, du déclin de l'olfaction et de la gustation, de la fatigabilité, des handicaps, etc.

- **Rendre les plats attractifs :**

- Favoriser les plats appréciés (ex : recueil des aversions, fiche de goûts à l'entrée du patient ou son entourage/famille).
- Adapter la présentation (ex : fruits coupés, salades mixtes, présentation en assiette, variété de couleurs).
- Mettre en place des tests gustatifs dans les unités de soins/d'hébergement, dans les conditions réelles de fonctionnement.
- Sélectionner des produits de qualité selon des critères objectivés et de grammages adaptés lors des appels d'offre.
- Proposer un plat principal à 3 composants (VPO/Légumes/féculents).
- Utiliser des modes de cuissons et de conservation respectueux du produit (ex : cuissons basse température pour les viandes, cuisson à immersion, salle de maturation des fruits).
- Respecter les conditions de remise en température pour faciliter la consommation et préserver les qualités organoleptiques.

- **Valider les horaires des repas et collations** : les collations peuvent aider à limiter le jeûne nocturne et à atteindre la cible nutritionnelle.

- **Prévoir les aides au repas** dans toutes les unités de soins/d'hébergement : assaisonnements, sauces, possibilité de vaisselle décorée, d'antidérapants, de couverts adaptés, de verres à découpe nasale, d'assiettes à rebord pour les patients/résidents ayant des difficultés, aidants si nécessaire.

- **Proposer des actions correctrices en cas de repas non consommé** : exemples : collation, plat de substitution.

5ÈME ÉTAPE :

COMMUNIQUER POUR INFORMER ET SENSIBILISER

Voir fiche méthode

EVALUER LA DEMARCHE

	DESCRIPTIF	OUTILS DE RECUEIL
INDICATEURS QUANTITATIFS	Offre alimentaire : - apport nutritionnel adapté. - grammages adaptés. - carte repas présente. - choix possible.	Valeurs nutritionnelles en cohérence avec les besoins : calculées dans les fiches recettes et les résultats d'analyse en laboratoire. Diminution du nombre d'alimentations thérapeutiques. Evaluation du coût des repas. % de patients/résidents qui disent pouvoir choisir leur repas. % de patients ayant eu le menu à disposition.
	Satisfaction concernant l'offre alimentaire	Augmentation du nombre de plats appréciés, diminution du nombre de plats rejetés, diminution du gaspillage alimentaire.
	Connaissance des recommandations sur alimentation standard.	Nombre de formations/informations. Nombre de professionnels formés. Audits.
INDICATEURS QUALITATIFS	Satisfaction concernant l'offre alimentaire et ses impacts sur la maladie et la qualité de vie (patients et professionnels).	Questionnaire de sortie ou E-satis. Mise en place de test de dégustation en situation réelle.
	Amélioration du goût.	
	Perception du changement par les patients et les professionnels.	Enquête qualitative par entretien semi-directif ou focus group.
	Evaluation de la concordance offre/besoins.	Etat nutritionnel des patients/résidents.

Liens utiles / Personnes / Etablissements ressources ayant mis en place la recommandation

- En cas de besoin d'informations plus précises sur ces recommandations, merci de vous adresser à : afd@afd.org ou contact@sfncm.org

Groupe de travail : AFDN (S. Dufay, L. Fillon, L. Fillon, ML. Huc, V. Mourier, M. Noah, D. Romand, P. Van Cuyck, E. Verdier, A. Victor), SFNCM (J. Capelle, L. Joly, F. Martin, A. Pierson, MF. Vaillant)

Groupe de relecture : Commission qualité de l'offre alimentaire AFDN, Comité des CLANs et Délégués Régionaux de la SFNCM ; I. Parmentier (AFDN)



AFDN

Association Française
des Diététiciens Nutritionnistes



SFNCM

Société
Francophone
Nutrition Clinique
et Métabolisme

Nourrir l'Homme malade