

MOTS CLÉS

Restauration
Alimentation
Nutrition
Satisfaction patient
AP-HP

QUALITÉ

Redonner plaisir de manger et confiance aux patients

En 35 ans de carrière, l'auteure a pu observer que la restauration hospitalière n'a eu de cesse de se remettre en question et d'évoluer du fait de la réglementation, des contraintes économiques, des évolutions nutritionnelles et thérapeutiques. Pour autant, l'alimentation à l'hôpital est toujours fortement décriée et critiquée. Dans le cadre de son mémoire de master spécialisé Ingénierie management des technologies de santé (IMTS) ⁽¹⁾, elle s'est interrogée sur ce que « nous » mettons intellectuellement derrière le mot « manger » et sur l'impact du contexte et du lieu de restauration (manger à la maison, au restaurant, à la cantine ou au self, manger à l'hôpital...).

Dans une société cosmopolite et mondialisée, les échanges culturels impactent fortement les habitudes alimentaires, mais les accroches historiques à la culture alimentaire restent prégnantes dans des moments où le réconfort et la rassurance sont nécessaires. Les personnels hospitaliers s'accordent d'ailleurs à dire que le repas est un « soin » au sens de « prendre soin ⁽²⁾ ». Pour autant, les résultats des enquêtes e-Satis ⁽³⁾, enquêtes « grand public » mesurant la satisfaction des patients lors de leur séjour à l'hôpital, mettent en évidence que la satisfaction globale déclarée concernant le « confort repas » est globalement inférieure à 55 %.

Lors de nos recherches pour connaître les causes de cette insatisfaction et trouver les moyens à mettre en œuvre pour que les patients retrouvent le plaisir de s'alimenter à l'hôpital, nous avons été confortée dans l'idée que l'alimentation ne se limite pas au contenu de l'assiette : elle revêt des dimensions sociales, affectives et symboliques. Des dimensions souvent méconnues ou minimisées par les professionnels hospitaliers, les directeurs et même les professionnels de la restauration.

Jocelyne JOUCHTER

Ingénieur
Coordnatrice des
prestations logistiques,
de la qualité hôtelière
et du développement
durable
Direction des affaires
économiques/logistiques
Hôpitaux universitaires
Pitié-Salpêtrière-
Charles-Foix (AP-HP)

Par ailleurs, les comportements alimentaires ne cessent de changer (mixité de la population, pratiques culturelles et culturelles, attentes hôtelières des usagers...) et les structures hospitalières en subissent les conséquences. N'est-il pas temps de poser la question de la satisfaction, non pas exclusivement sur le constat immédiat de la qualité ressentie, mais sur les attentes du patient et de ce qu'il n'a pas trouvé en matière d'offre alimentaire lors de son séjour à l'hôpital ?

Malheureusement, l'organisation hospitalière peine à permettre aux patients d'être effectivement partie prenante de leur alimentation, car elle impose des lieux, des horaires, des critères nutritionnels (régimes) contraignants... Pourtant, des démarches sont entreprises dans certains établissements de santé pour favoriser le confort des patients et la qualité des aliments mais aussi pour développer le service hôtelier des repas.

La restauration hospitalière est confrontée au cumul des dilemmes de la restauration collective et des contraintes d'équilibre nutritionnel, de régimes, de réadaptation et de durée de séjour. Dans la majorité des cas, le patient sera amené à prendre tous ses repas à l'hôpital (petit déjeuner, déjeuner, goûter,



dîner) sur une durée qu'il ne maîtrise pas, et il sera alors contraint de modifier ses habitudes alimentaires, soit pour des raisons médicales, soit parce que l'offre répond aux besoins du plus grand nombre ou encore parce que l'organisation des soins a ses propres contraintes.

Certains patients sont conciliants, disposés à modifier leurs habitudes alimentaires du fait de leur maladie ou de leur pathologie, mais d'autres trouvent que ces modifications sont déstabilisantes et difficilement acceptables. La communauté hospitalière voudrait pouvoir ne servir que des patients accommodants, qui ne chercheraient pas le plaisir via leur alimentation et accepteraient les contraintes compte tenu de leur dépendance. Si les patients, pour partie, se sont fait une raison et tolèrent ces contraintes, ce manque d'autonomie, de droit à la décision contribue à la mauvaise image de la restauration hospitalière.

De plus, l'hôpital évolue et les modes d'hospitalisation se diversifient avec le développement des prises en charge en ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile, la prise en charge des pathologies chroniques, l'accueil de personnes de plus en plus âgées dans les services d'hospitalisation de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et de longue durée (SLD). Les patients hospitalisés ont d'autant plus d'exigences sur les fonctions hôtelières associées à leur hospitalisation qu'ils sont soumis au forfait hospitalier⁽⁴⁾. Ils assimilent souvent le coût du forfait hospitalier à la fonction restauration.

Il faut également observer l'augmentation des populations hospitalisées pour une pathologie liée à l'alimentation (obésité, diabète, anorexie...). L'hôpital doit pouvoir adapter ses prises en charge en la matière. La restauration hospitalière doit, à son niveau, lutter contre la dénutrition en permettant aux patients de manger avec plaisir le plus longtemps possible. Le Pr Eric Fontaine – chercheur à l'Inserm, université Joseph-Fourier Grenoble et unité de nutrition artificielle du CHU de Grenoble – pose la question des moyens économiques consacrés à l'achat des denrées alimentaires qui, selon lui, s'élèvent à 3,73 € par jour par patient⁽⁵⁾.

Les moyens économiques consacrés à l'alimentation

Les moyens économiques, dont disposent les unités de production, impactent la qualité des repas : budget alimentaire, moyens techniques, ressources humaines.

Selon les chiffres de 2013 fournis par la base d'Angers⁽⁶⁾, le coût matière première dans un hôpital (patients et personnels) est d'environ 2,35 € par demi-journée alimentaire (la journée d'hospitalisation est décomposée en deux demi-journées alimentaires : petit déjeuner + déjeuner/goûter + dîner). Soit une dépense quotidienne de 4,70 € pour les denrées alimentaires.

En ajoutant à ce coût les frais de gestion, de personnel, les amortissements aux investissements, on obtient 5,65 € par demi-journée alimentaire. Le coût alimentaire d'une journée est de 11,20 € environ.

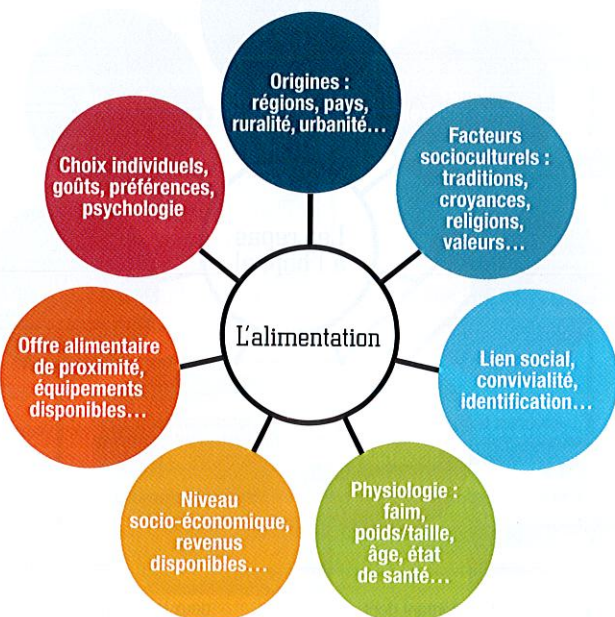
Les coûts ainsi évalués ne représentent pas le coût réel de l'alimentation pour les hôpitaux.

FIGURE 1 Manger...

L'impact du lieu et du contexte



FIGURE 2 Les déterminants qui impactent les pratiques alimentaires



NOTES

(1) L'EHESP et l'université de technologie de Compiègne sont associées pour proposer ce master spécialisé dans l'objectif de répondre aux enjeux actuels de conception, de cloisonnement et de bon fonctionnement des établissements de santé.

(2) « Soins : 1/Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un. Entourer ses hôtes de soins attentifs. 2/Actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps. Les premiers soins à un blessé. » Larousse

(3) HAS - <http://urlz.fr/6KKN>

FIGURE 3

Les éléments régissant la restauration hospitalière

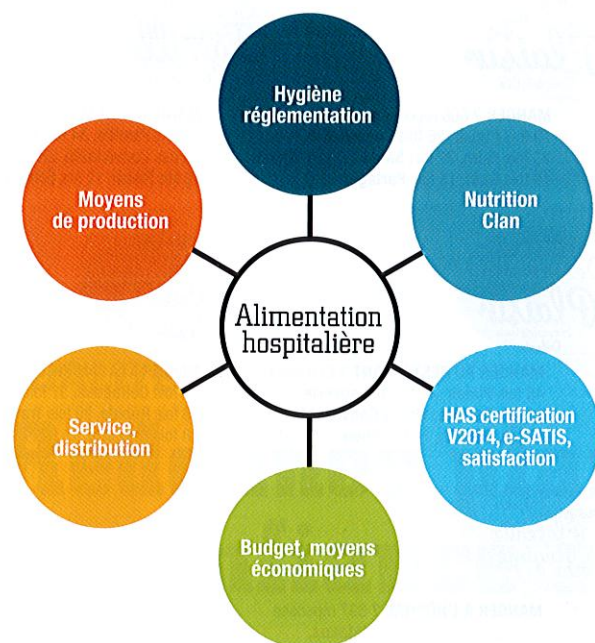
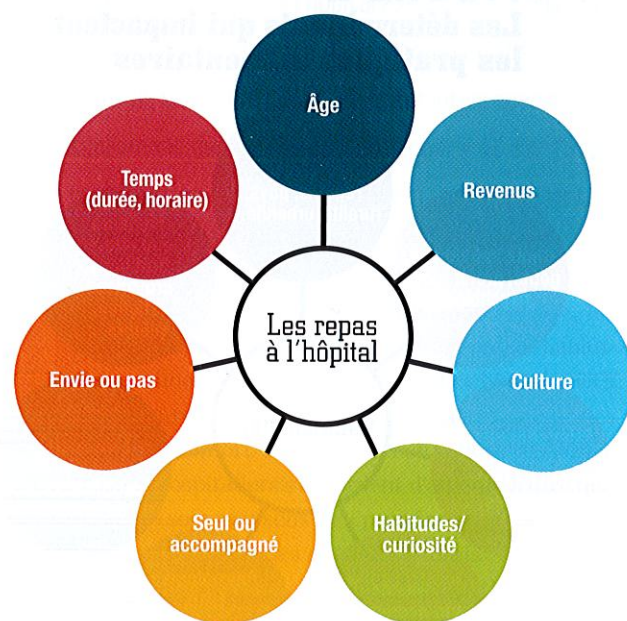


FIGURE 4

Les paradigmes influant sur l'appréciation du repas à l'hôpital



Afin d'évaluer correctement le coût de l'alimentation pour un établissement hospitalier, il faudrait pouvoir évaluer le temps de travail nécessaire dans les services de soins pour réaliser l'ensemble des tâches en lien avec l'alimentation.

Bien que l'alimentation représente une faible part du budget des hôpitaux, c'est un poste sur lequel les hôpitaux cherchent régulièrement à faire des économies. Les budgets des hôpitaux sont contraints et, dans ce contexte, les dépenses de restauration ne sont pas toujours considérées comme prioritaires. Il est nécessaire d'intégrer les attentes hôtelières dans les projets médicaux et de soins. La prise en charge alimentaire des patients doit être portée par l'ensemble de la communauté médicale, et ce au-delà de la question de la nutrition ou de la dénutrition.

Le meilleur moyen de lutter contre la dénutrition est d'offrir le plus longtemps possible une alimentation classique (*per os*) de qualité et adaptée.

Par ailleurs, les avis émis par les patients sur la qualité de leur séjour au sein d'un établissement contribuent à la réputation de l'établissement et à son image de marque. Même si le recours à un hôpital n'a pas comme première intention la qualité hôtelière, cette dernière ne fait pas moins écho en dehors de l'établissement.

Pour que les projets d'établissement, médicaux et projets de soins intègrent dans les faits les questions d'hôtellerie et de restauration des patients, il est nécessaire que tous les partenaires aient conscience des dimensions affectives et symboliques de l'alimentation. L'intégration de ces dimensions devrait permettre d'engager une véritable réflexion sur les services qui doivent entourer le moment du repas et de ne pas renvoyer la question du repas à la seule responsabilité des cuisines. Des actions de formation continue et l'intégration des dimensions affectives et symboliques de l'alimentation dans les formations initiales de tous les professionnels hospitaliers, sont à promouvoir. Le travail sur le service du repas, l'aide au repas, la communication autour du repas peuvent avoir un impact sur la consommation de ces derniers et, par conséquent, sur la nutrition et la satisfaction des consommateurs.

Les exigences accrues des usagers des centres hospitaliers obligent ces derniers à s'intéresser aux pratiques managériales telles que le marketing.

Le marketing hospitalier utilise les outils du marketing des entreprises en s'adaptant à son contexte. Il est à développer en matière de service hôtelier et restauration par une démarche mix marketing.

Nos recherches et la rédaction du mémoire nous ont conduite à élaborer un plan d'actions pour les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix.

En pratique

Les actions présentées aux équipes locales Alimentation Nutrition des deux sites hospitaliers portent sur :

- » l'ajustement des horaires des repas aux pratiques hors hôpital ;
- » l'optimisation des moyens pour permettre au patient de choisir ses repas ou de les commander lui-même ;

NOTES

(4) Le forfait hospitalier est le montant dont doivent s'acquitter les patients pour chaque journée passée dans un établissement hospitalier. Il correspond à une partie des frais « hôteliers » liés à l'hospitalisation : hébergement, restauration et entretien des chambres. Ce forfait démarre à partir de 24 heures d'hospitalisation dès que le patient a passé une nuit à l'hôpital. Un patient qui ne reste qu'une journée ne payera rien. En revanche, celui hospitalisé

deux jours payera deux jours de forfait, même s'il sort le matin de sa deuxième journée.

(5) <https://www.pourquoidoctor.fr/invite-de-la-semaine/44-Denutrition-deux-millions-de-personnes-en-danger>

(6) Depuis, plus de 15 ans, la base des coûts par activité (dite « base d'Angers ») est une des composantes de la comptabilité analytique hospitalière (CAH).

- » le développement de temps de décloisonnement entre les différents acteurs (agents de restauration/soignants, agents de restauration/patients) ;
- » l'amélioration du service hôtelier et l'installation du patient lors des repas ;
- » l'amélioration de la qualité intrinsèque des plats, avec la volonté de proposer à un grand chef de travailler des recettes spécifiques (savoureuses, équilibrées et adaptées) ;
- » l'adaptation de l'offre alimentaire du dîner à la typologie des patients (petit mangeur, gros appétit...) ;
- » la recherche de solutions pour offrir des lieux de restauration diversifiés (salons repas, salle à manger...), en saisissant les opportunités de travaux ou de rénovation.

Des groupes de travail vont se mettre en place dès 2018, car la direction générale ainsi que les directions des affaires économiques et logistiques, de la qualité et des relations avec les usagers et la direction des soins sont convaincus que cette question est un enjeu majeur pour les hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix.

En parallèle, nous avons élaboré sept fiches de recommandations portant sur les thèmes suivants :

- » remettre le patient au cœur du processus restauration ;
- » développer la formation ;
- » rendre le patient acteur de son alimentation ;
- » développer et adapter les offres ;
- » penser l'alimentation et son lien avec le développement durable ;

- » penser l'architecture hospitalière pour une offre alimentaire adaptée ;
- » adapter les enquêtes de satisfaction. Ces fiches ont pour objectifs :
- » de rendre la fonction « alimentation à l'hôpital » plus lisible dans les projets d'établissements ;
- » que l'alimentation soit considérée comme un soin à part entière et comme participant totalement au bien-être et au bon rétablissement des patients ;
- » que les préférences et les rythmes alimentaires du patient soient pris en compte au sein de l'institution hospitalière ;
- » que les dimensions sociales et symboliques de l'acte alimentaire soient connues de tous les professionnels de santé. ●

FIGURE 5 Enjeux et conséquences du service repas

