

**Projet présenté par :**

Marinette Chikhi (unité de nutrition), Jacqueline Duffey (unité de nutrition), Fabienne Fouchard (direction des soins), François Genoud (direction des soins), Didier Gevaux (service restauration), Nathalie Maury (département d'exploitation), Marie Seignobos (direction des soins) & Isabelle Peyrot Perdrizet (direction générale)<sup>1</sup>.

**«Offrir le choix du menu : Plus de soins pour bien manger»****Contexte**

« Bien manger, un + pour la santé » est l'étude réalisée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en 1999, qui a montré que 60% des 1468 patients inclus ne couvraient pas leurs besoins énergétique et protéique alors que l'offre alimentaire était excédentaire de 25% par rapport à la consommation réelle des patients, une offre excessive n'améliorant pas la prise alimentaire, voire pouvant la diminuer en accentuant l'inappétence des patients.

Or, la sous-alimentation des patients hospitalisés est connue pour aggraver une dénutrition déjà présente, induire des complications diverses comme un défaut de cicatrisation des plaies, augmenter les infections, accroître la durée et les coûts des séjours hospitaliers.

Cette étude a également mis en évidence que l'absence de choix de menu, la saveur inappropriée des aliments, la cuisson inadéquate et les horaires des repas étaient des causes de sous consommation de repas évoquées par les patients<sup>2</sup>.

Pour faire suite à ces constatations, des modifications conséquentes ont été réalisées dans le but d'améliorer la saveur des aliments et les horaires de livraison des repas sur tous les sites.

Cependant, la possibilité d'offrir le choix de menu n'était pas prévue institutionnellement. La gestion des repas était régie selon le principe de régimes alimentaires souvent contraignants (notamment les réalimentations postopératoires), des aversions alimentaires - « j'aime ou je n'aime pas » - et des suppléments. Aucune adaptation quotidienne n'était effectuée selon l'état clinique et/ou les désirs des patients.

Ainsi, les aversions alimentaires correspondant à un moment donné de l'épisode de soins d'un patient (raisons de santé, de traitement, etc.) se perpétuaient bien souvent durant le séjour. Par ailleurs, nombre d'adaptations ne pouvaient être réalisées par les soignants de l'unité de soins et requéraient l'intervention d'une diététicienne.

Le comité de direction a mandaté, en 2002, un groupe multidisciplinaire réunissant tous les professionnels impliqués (service restauration, soins, unité de nutrition) pour définir un concept de «Menu à choix», diminuer le nombre de régimes, les réactualiser et les harmoniser pour l'ensemble des HUG. La mise en œuvre de ce concept a été décidée par le comité de direction en 2003.

Avec 3 millions de repas servis aux HUG chaque année et bien que l'importance de l'alimentation dans les soins ne soit plus à démontrer, la mise en place du menu à choix dans notre institution s'est révélée être un réel challenge.

<sup>1</sup> Nous remercions toutes les personnes qui ont participé directement au projet soit les cuisiniers, les soignants, informaticiens et les répondants Winrest.

<sup>2</sup> Prof. C. Pichard et collaborateurs, Etude sur les prises alimentaires des patients hospitalisés aux HUG, juin 1999, Rapport interne

## Bien manger à l'hôpital, le concept de soins

L'alimentation fait partie intégrante des soins. Ces dernières années, cette (re)prise de conscience a rendu toute sa signification et son importance au secteur hôtelier qui, à travers le repas, peut révéler une des valeurs ajoutées au séjour hospitalier du patient : « Le malade se comporte en client : surtout dans un domaine où chacun peut évaluer la qualité des prestations hôtelières »<sup>3</sup>.

Dans un contexte où l'hospitalisation peut être vécue comme un manque d'autonomie lié aux contraintes de l'organisation hospitalière, offrir la possibilité d'être consulté régulièrement et d'exprimer un choix sur un acte quotidien, rythmant la journée, apparaît comme essentiel pour le patient.

Néanmoins, la part de l'hôtellerie, ne constitue qu'une fraction de l'ensemble du soin. Bien manger à l'hôpital c'est reconnaître les valeurs affectives, hédonique, sociale et physiologique autour de l'alimentation<sup>4</sup>.

En proposant le choix de menu, le service restauration et les professionnels de la santé prennent en compte ces valeurs clés et interagissent avec le patient. Une offre réelle lui est proposée, renforçant son autonomie, lui permettant de prendre des décisions éclairées en matière d'alimentation, d'améliorer ses prises alimentaires et de favoriser un temps d'échange autour du repas et de l'hospitalisation.



## Le dispositif

Le déploiement du progiciel Winrest a débuté en 2004 à l'Hôpital de Bellerive et s'est achevé en avril 2008 au Département de l'Enfant et de l'Adolescent sur le site de Cluse-Roseraie.

Ce logiciel permet aux soignants, d'effectuer avec un ordinateur de poche la commande des repas du lendemain et aux patients de choisir leur menu selon leur profil alimentaire et in fine au service restauration de préparer et livrer les repas.

Ainsi l'implémentation de Winrest, permet d'offrir quotidiennement aux patients une alimentation personnalisée. Les soignants des unités de soins commandent directement les désirs de repas des patients à l'aide d'un ordinateur de poche.

Le mot « régime » à connotation d'interdit et de contrainte fait place à la notion de « profil alimentaire ». La révision des profils alimentaires, des réalimentations post opératoires et des textures a permis leur simplification pour tous les sites et l'harmonisation en matière de nutrition.

La carte de mets fixes autorise le patient à modifier les plats du menu du jour à sa convenance. Seuls les profils alimentaires très contraignants en matière de préparation (par exemple sans gluten ou sans lactose), les profils combinés (par exemple diabétique et pauvre en fibres) ou encore les profils associés à une texture particulière (par exemple tendre, mixée, liquide, lisse) ont peu d'alternatives.

La qualité de la prestation, les aspects diététiques et le respect des normes HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point), en matière d'hygiène sous-tendent les processus de la restauration et constituent les objectifs du service. Les atteindre exige une bonne coordination entre les différents intervenants qui concourent à cette prestation essentielle pour les patients. Cette coordination et cette organisation se sont largement améliorées avec la mise en place du menu à choix, ce qui a nécessité un remaniement profond des processus organisationnels.

Afin de garantir la qualité des prestations, des statistiques sont éditées visant une meilleure adaptation des plats proposés en fonction de leur popularité et l'amélioration du suivi des réclamations.

<sup>3</sup>Sutter A., La stratégie hôtelière à l'AP-HP, médecine et nutrition, XXVIII.3, 1992

<sup>4</sup>Walter M., Symbolique de la nourriture à l'hôpital, Soins N° 501, p.35-40, juin 1987

En soutien aux équipes soignantes, une hotline a été mise en place au service restauration pour augmenter la rapidité et la réactivité du traitement des sollicitations.

En aval, le travail de l'informatique assure la coordination du suivi, de la localisation du patient « en temps réel » (entrée, transfert, sortie, congé, unité de soins, lieu de repas) et de ses particularités (accompagnants, Hôpital de jour, patients privés et ambulatoires).

L'ensemble de ces aspects a largement amélioré la transversalité, l'interdisciplinarité et la compréhension des spécificités de chacun pour assurer la cohésion autour du patient.

#### Ressources et logistique

Le paramétrage de l'application Winrest a nécessité de nombreux ajustements mobilisant régulièrement l'ensemble de l'équipe projet. Plusieurs tests virtuels et en production ont été élaborés, conduits et adaptés avant de déployer l'application.

Le contenu du volet nutritionnel (harmonisation et simplification des profils alimentaires) a retenu l'attention de l'ensemble des professionnels de la nutrition (médecins nutritionnistes et diététiciennes), les partenaires concernés (internistes, chirurgiens et logopédistes) ainsi que le service de restauration. Ce dernier a été amené à intégrer un outil informatique de gestion des repas au niveau de tous les sites, ce qui n'était pas encore le cas.



Une documentation complète et attractive a été réalisée, mise à disposition des soignants sur le site intranet et dans les unités de soins et utilisée par les équipes de formation et d'appui lors du déploiement.

Durant 3 heures de cours, 500 soignants soient 5 référents par unité (Irus, infirmier-ières, aides-soignants-es, sages-femmes, nurses) ont été formés à l'utilisation de l'application informatique Winrest.

Le lancement opérationnel a mobilisé toutes les diététiciennes de l'unité de nutrition, une grande partie de la direction adjointe des soins (organisation et économie des soins) ainsi qu'un informaticien, les deux « référents Winrest » et les responsables des secteurs du service restauration.

Aujourd'hui, tous les soignants d'une centaine d'unités de soins des HUG (excepté la psychiatrie sur le site de Belle-Idée) utilisent et font bénéficier leurs patients de « Menu à choix ».

Le service restauration, quant à lui, a mobilisé toutes les brigades de cuisine de l'ensemble des sites pour réussir ce changement majeur de leurs prestations et maintenir un choix de menu sans augmenter les effectifs. De même, les aides-soignantes garantissent le choix quotidiennement aux patients en intégrant cette activité dans leurs tâches habituelles.

#### Résultats

Après le déploiement, chaque groupe a procédé à une appréciation des activités effectuées. Un questionnaire adressé aux référents des unités de soins a permis de connaître leur appréciation et leurs observations concernant les patients (225 référents sur 376 ont répondu) :

- « Menu à choix » est perçu réellement comme un soin, qui renforce le lien avec le patient et une plus value offerte.
- Les patients éprouvent un net plaisir à composer leur repas et mangent avec un meilleur appétit.
- Le séjour hospitalier sert à la découverte d'autres goûts et à prodiguer des conseils nutritionnels, comme par exemple aux adolescents qui profitent de leur hospitalisation pour saisir des idées sur l'équilibre alimentaire.

Les référents relèvent la valorisation et le développement de leur connaissance en matière de nutrition. Pour la plupart d'entre eux, l'optimisation de la prise en charge de cette nouvelle activité demande encore des aménagements organisationnels dans les unités de soins et une meilleure maîtrise de l'outil informatique.

Parallèlement, dans tous les départements, un premier audit est réalisé sur le taux des prises de commande des repas : 82% des repas ont le profil compatible avec « Menu à choix » et 55% de ces repas ont été réellement choisis par les patients avec cependant de grands écarts d'un département à l'autre (2,4% à 75%).

De ces premiers résultats encourageants, les responsables de soins ont souhaité renforcer la démarche en fixant les résultats à atteindre pour 2009 et en nommant un de leurs cadres comme référent pour leur département. Ces derniers ont été chargés de procéder à l'analyse des résultats, d'identifier les causes de non proposition de « Choix de menu » aux patients avec les IRUS. Ce groupe inter départemental coordonné par un membre de la direction des soins a permis de partager l'analyse des différentes expériences et de mettre en place, le cas échéant des mesures communes, notamment, la mobilisation des référents et la révision les processus liés à « Menu à choix ». Plusieurs départements ont décidé de conduire des audits réguliers.

Certains forment de façon systématique les nouveaux collaborateurs et les intérimaires à la démarche. Les groupes « nutrition » et « atelier repas » déjà en place se mobilisent pour promouvoir « Menu à choix ».

Les soignants adaptent aussi le concept pour intégrer les patients non francophones.

L'ensemble des mesures d'amélioration montrent une évolution stimulante.

Le dernier audit 2010, montre que 64% des repas qui présentent un profil alimentaire compatible avec « Menu à choix » sont des repas commandés par les patients.

La progression est de +9 % depuis 2008

Evolution comparative des taux de prise de commande 2008 -2010



Les résultats du questionnaire adressé en 2008 aux diététiciens-nes du service de nutrition indiquent, que par le biais de « Menu à choix », le patient est un réel partenaire dans la prise en charge du soin nutritionnel. 63% des diététiciens-nes estiment que la gestion personnelle des repas et l'offre (plats, collations et suppléments) sont plus souples. 60% pensent que les patients ont plus de plaisir à manger et que le choix de menu répond aux attentes ou possibilités du patient selon son état de santé du moment. 90% des diététiciens-nes considèrent que proposer le choix au patient le motive à s'alimenter et devient un outil d'apprentissage dans l'élaboration de repas équilibré pour 75% d'entre-elles.

Enfin, 90% évaluent la collaboration avec les soignants comme plus constructive et 72% l'attribuent à une communication plus orientée vers l'état nutritionnel du patient.

Cette vision commune assure une attention et une intervention plus rapide auprès des patients sans appétit et une meilleure prise en charge de la dénutrition.

L'efficacité nutritionnelle a gagné en cohérence par l'harmonisation des prestations alimentaires établies sur tous les sites des HUG.

Une des évaluations du service de restauration pour mesurer les effets de l'introduction du menu à choix auprès des patients a été de mesurer les quantités de nourritures en retour des plateaux.

% des retours alimentaires Repas du midi + soir	2005	2006	2009	2010
<b>Site Cluse-Roseraie</b>	35.6%	22.4%	21.3%	23.6%
<b>Site des Trois-Chêne</b>	45%	45%	34%	30%
<b>Site de Loex</b>			37%	25%

Le postulat étant de dire que moins de déchets alimentaires seraient générés par « Menu à choix ».

La corrélation entre l'introduction du menu à choix et la diminution du taux de retour n'est pas directe, mais celle-ci a contribué aux mesures permettant d'obtenir ces résultats.

L'impact de l'introduction de « Menu à choix » a aussi été évalué par un questionnaire adressé aux cuisiniers en 2008. Plus de 87% d'entre eux estiment apporter un service de qualité aux patients, 60% évaluent l'organisation plus structurée et 42% pensent que la prise en compte des directives nutritionnelles est garantie.

De plus, lors des 5 focus-group menés dans le cadre des évaluations EFQM (European Foundation for Quality Management), la soixantaine de collaborateurs du service de restauration interrogés ont largement mis en évidence l'esprit client valorisé par le projet.

Sur le plan économique, le coût moyen du plateau est resté constant car l'ensemble de ces démarches ont été réalisées dans un cadre budgétaire non modifié comme cela avait été clairement spécifié au début du projet. Ainsi, le déploiement aurait pu entraîner un surcoût de fabrication si l'anticipation et une adaptation de l'organisation n'avaient pas été menées en parallèle.

L'étude Picker de 2008 nous confirme l'amélioration de la qualité des repas : Près de 70 % des patients interrogés trouvent que les repas sont servis à leur goût contre 58% en 2005.

Une seconde étude « Bien manger, un+ pour la santé » a été réalisée en 2008 et a montré que 60% des patients (collectif de 1291 personnes) ne couvrent toujours pas leurs besoins énergétique et protéique. Les patients hospitalisés ne mangent que 75% seulement de leur repas.

Cependant 70% des patients confirment que le choix de menu est « important à très important » durant leur hospitalisation (Nutrition day 2010 : résultats identiques), proportion légèrement supérieure chez les patients à risque de dénutrition.

Il est mis en évidence que le soin nutritionnel est beaucoup plus complexe pour des patients devenus plus âgés et aux pathologies sévères que le simple fait de leur offrir le choix de menu.

De plus, durant des séjours hospitaliers raccourcis, couvrir de façon satisfaisante les besoins nutritionnels est souvent en conflit avec des investigations, des mises à jeun et des traitements.

Pour les soignants, la difficulté demeure dans la méconnaissance de la sous nutrition des patients hospitalisés et de ses liens avec la sur morbidité, notions indispensables pour la prise en charge nutritionnelle optimale des patients<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Prof. C. Pichard et collaborateurs, Etude sur l'alimentation des patients hospitalisés aux HUG, août 2009, Rapport interne

### **Conclusion et perspectives d'avenir**

La mise en œuvre de ce projet a démontré nombre d'aspects positifs et de plus-values pour les patients et tous les partenaires impliqués (service restauration, unité de nutrition, soins).

La réussite du projet est fondée sur la complémentarité entre les différentes filières professionnelles qui s'est construite progressivement : compréhension des différents points de vue, connaissance des contraintes et possibilités de chacun, communication efficace.

Ce projet a mis largement en évidence l'importance de la nécessaire transversalité, les points d'achoppement et les spécificités métiers de chacun ont été reconnus pour atteindre l'objectif commun et unique :

#### **« Offrir le choix de menu, plus de soins pour bien manger ».**

Dans les faits, le choix de menu est proposé tous les jours à une grande majorité des patients qui plébiscitent cette offre (Etudes Picker 2008, Bien manger, un + 2008; Nutrition day 2010). Tous les processus interdisciplinaires mis en place pour cette offre ont été améliorés, éprouvés et sont aujourd'hui pérennes.

Pour garantir sa continuité, une structure d'amélioration continue de la qualité est active (notamment audits de prises de commande réguliers et communication des résultats aux départements, adaptation de l'offre alimentaire selon la popularité des plats).

Cependant le choix de menu ne suffit pas pour répondre à la complexité de la problématique de la dénutrition à l'hôpital, il est un des processus qui favorise le lien avec le patient concernant son alimentation.

Il reste de nombreux axes à développer pour que le soin alimentation et nutrition devienne l'affaire de tous notamment la formation en nutrition des professionnels de la santé (médecins, infirmières, aides-soignantes), le développement d'un programme transversal de prise en charge de la dénutrition (évaluation nutritionnelle, dépistage de la dénutrition, stratégies nutritionnelles), et la mise en place d'ateliers repas et nutrition.