

ASSOCIATION DES DIÉTÉTICIENS
DE LANGUE FRANÇAISE

JOURNÉES D'ÉTUDES DE L'ADLF

***STRASBOURG
15 – 17 JUIN 2006***

RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES

(Les textes sont écrits sous la responsabilité de leurs auteurs)

Sécurité sanitaire : de la fourche à la fourchette

- ✓ Sécurité alimentaire : risques chimiques du champ à l'assiette
Professeur Jean-François Narbonne, Talence
- ✓ Bénéfices nutritionnels et risques sanitaires : comment évaluer et informer ?
Jean-Luc Volatier, AFSSA, Maisons-Alfort
- ✓ Principes de gestion de la sécurité alimentaire des produits de grande distribution
Docteur Hervé Gomichon, Paris

Se nourrir à l'hôpital, une réponse par le CLAN

- ✓ Historique des CLANs et cadre réglementaire
Professeur Bernard Guy-Grand, Paris
- ✓ Prévention et prise en charge de la dénutrition : rôle des CLANs
Docteur Jean-Fabien Zazzo, Paris
- ✓ Se nourrir à l'hôpital : affirmation du lien social ou exacerbation de l'individualisme ?
Jean-Pierre Corbeau, sociologue, Tours
- ✓ Réalisations de CLANs : Argenteuil, Nantes, Strasbourg, AP-HP
 - Vie « talité » d'un jeune CLAN : 2 ans après
Magali Nello, Argenteuil
 - Le CLAN au CHU de Nantes : développement de l'assistance nutritionnelle
Eliane Caraux, Nantes
 - L'expérience des « référents en nutrition » aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Docteur Alain Pradignac, Véronique Séry, Strasbourg
 - Le CLAN central à l'AP-HP
Marie-Christine Puissant, Paris

JEUDI 15 JUIN 2006

SECURITÉ SANITAIRE : DE LA FOURCHE À LA FOURCHETTE

Sécurité alimentaire : risques chimiques du champ à l'assiette
Professeur Jean-François Narbonne
Professeur de Toxicologie à l'Université Bordeaux 1,
Laboratoire de Physico et Toxico Chimie, UMR 5472 CNRS, Expert auprès de l'AFSSA

Les risques chimiques sont liés aux trois grandes étapes des aliments du champ à l'assiette :

(1)- Production

Substances naturellement présentes, auxiliaires de production (engrais, pesticides, produits vétérinaires, alimentation du bétail), contaminants naturels industriels ou domestiques de l'environnement (métaux lourds, dioxines, PCBs, mycotoxines...), contaminations possibles issues des locaux et du matériel.

(2)- Transformation

Additifs et auxiliaires entrant dans les formulations, composés néoformés, (HAPs, nitrosamines, amines aromatiques, produits de Maillard, acrylamide...) en fonction des procédés, contaminations possibles à partir des locaux, du matériel ou des opérateurs.

(3)- Distribution

Matériaux au contact, conditions de stockage et de transport (phtalates, alkylphénols, pesticides...).

Les méthodes d'évaluation et de gestion des risques ont été fortement développées depuis les premières approches de l'OMS dans les années 50. Si, les années 80 ayant été celles de la maîtrise des risques microbiologiques, les années 90 ont vu un net progrès dans la maîtrise des risques chimiques (création de l'AFSSA, méthode HACCP, outils analytiques et biologiques), au contraire les années 2000 voient une course suicidaire aux prix les plus bas balayant tous les aspects qualité/sécurité/environnement.

Bénéfices nutritionnels et risques sanitaires : comment évaluer et informer ?
Jean-Luc Volatier, AFSSA, Maisons-Alfort

**Les principes de gestion de la sécurité alimentaire
des produits de grande distribution**
Docteur Hervé Gomichon, groupe Carrefour, Paris

Quels sont les risques à gérer dans le secteur alimentaire ? Je dirai en préambule que les risques environnementaux sont omniprésents. C'est un thème actuel mais ce n'est pas le seul. Il faut citer aussi les risques sanitaires comme le risque listéria par exemple.

Pour gérer ces risques, il faut les classer pour en rendre la gestion plus facile.

Il existe une typologie des risques et des principes de gestion adaptés, ce sera la première partie de ma présentation.

La deuxième question que l'on m'a demandé d'illustrer concerne les étiquetages. C'est une question de communication, d'information. Nous entrons là dans le domaine de la relation au consommateur, informé par les différents médias. L'un de nos enjeux est de transmettre au consommateur les éléments lui permettant d'appréhender les différents types de risques et les notions de gestion et de maîtrise qui y sont associées. Nous savons que le risque zéro en matière de sécurité alimentaire, pas plus qu'ailleurs, n'existe pas. La question qui se pose alors à nous est la suivante : comment associer risque alimentaire et confiance ?

JEUDI 15 JUIN 2006

SE NOURRIR À L'HÔPITAL, UNE RÉPONSE PAR LE CLAN

Historique des CLANs et cadre réglementaire
Professeur Bernard Guy-Grand
Hôtel Dieu, Paris

Prévention et prise en charge de la dénutrition : rôle des CLANs **Jean-Fabien Zazzo, CNANES - Coordinateur CLAN central AP-HP**

Si un cadre réglementaire a été institué c'est qu'il fallait répondre à un problème soit fréquent, soit grave, soit les deux et que les professionnels de santé n'avaient pas appréhendé jusqu'à présent.

La dénutrition est effectivement fréquente à l'admission (entre 10 à 25% selon les pathologies), s'aggrave au cours de l'hospitalisation et concerne plus d'un patient sur 2 lorsque le séjour hospitalier dépasse une semaine. Elle retentit sur la durée de vie des pathologies chroniques graves (cancer, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale chronique, etc...) et augmente ailleurs la morbidité notamment infectieuse.

Le dépistage de cette dénutrition ou du risque de la voir se constituer est encore trop rarement réalisé et pris en compte pour établir un plan d'action.

La formation initiale des médecins et des infirmières n'aborde pas ce point ; les formations continues sont encore rares et n'existent que grâce au « messianisme » de quelques-uns.

La circulaire sur les CLANs répond, depuis 2002 à cet échec conceptuel et logistique. Les missions du CLAN sont claires, sa structure multi-professionnelle répond à la nécessité d'une communication plus efficace entre la logistique et les services cliniques. Cette conceptualisation d'une transversalité opérationnelle était nécessaire mais peut-être pas suffisante, dans certaines situations, puisque le législateur a prévu également la mise en place d'unités transversales de nutrition ; ces dernières ont pour but d'organiser au sein des établissements hospitaliers de grande taille, et le plus souvent universitaires, une prise en charge spécifique des patients ayant des problèmes nutritionnels complexes, relevant le plus souvent d'une assistance thérapeutique spécialisée.

Dépister, prévenir, prendre en charge : le CLAN n'a pas mission de le faire faire par ses seuls membres mais d'organiser les circuits, de concevoir ou de diffuser des procédures et des protocoles, de mettre en place des correspondants médicaux et infirmiers en liaison avec les diététiciens de l'établissement. L'appui de la CME et de l'équipe de direction est nécessaire pour amorcer cette politique d'établissement maintenant opposable (accréditation, version 2). Les arguments économiques sont également assez nombreux pour persuader chacun de la nécessité de cette démarche.

Pourquoi le fait-on ? Cela est bien établi ; il reste à le faire savoir dès les formations initiales mais également *via* les formations continues, les sessions de sensibilisation dans les services.

Qui fait quoi, comment fait-on, avec quoi fait-on ? Le blocage vient souvent de ces questions qui n'ont pas toujours de réponse. La mission des CLANs est aussi d'aborder ces questions et de proposer des objectifs simples pour commencer et de s'aider d'indicateurs de résultats dès le début, mais aussi de défendre un budget pour permettre d'atteindre ces objectifs.

Les CLANs : c'est donc un poil à gratter, un organisme fédérateur, une structure de conseil, un observatoire, un substitut de formation qui n'existe pas ailleurs, de tout un peu.

Est-ce efficace ?

L'enquête nationale en 2004 (initiée par le CNANES – DHOS), l'enquête en Ile de France (en 2005) attestent que depuis une dizaine d'année, la sensibilisation sur ce sujet a porté quelques fruits et que, depuis la publication de la circulaire, les équipes de direction sont plus attentives (pour de bonnes et de moins bonnes raisons, probablement). Mais il s'agit d'un combat de tous les jours (comme celui des CLIN il y a presque 20 ans) d'autant plus difficile que les impératifs budgétaires et les nouvelles règles de compatibilité ne favorisent pas les actions transversales.

Les CLANs ont besoin d'une meilleure écoute dans les établissements de santé et au niveau des tutelles (ministères de la santé, de l'éducation nationale) pour aboutir à une bonne prise en compte des problèmes nutritionnels en pathologie y compris dans la politique de prévention.

**Se nourrir à l'hôpital :
affirmation du lien social ou exacerbation de l'individualisme ?**
Jean-Pierre Corbeau, Sociologue, Tours

Dans un premier temps nous rappellerons que se nourrir s'inscrit dans un double phénomène sociologique engendrant un véritable paradoxe...

S'alimenter permet de signifier des filiations symboliques, des appartenances sociales, culturelles, religieuses, régionales, affectives. Bref, cela permet d'affirmer des inclusions identitaires de diverses natures.

Mais, se nourrir, c'est aussi le moyen de se distinguer des autres, d'affirmer sa différence, sa singularité. C'est aussi une manière, pas forcément consciente, de communiquer avec autrui ou de se replier sur soi (en s'empiffrant ou en refusant l'aliment, c'est-à-dire un don nous inscrivant dans une dynamique d'échange).

Ces deux mécanismes alimentaires évoqués, la seconde partie de notre exposé proposera d'appréhender l'interaction entre le patient et l'institution accueillante.

D'abord du point de vue du patient en postulant l'exacerbation par le milieu hospitalier de sa logique de mangeur nécessairement fragilisé dans sa reconstruction identitaire par l'incorporation d'aliments ne satisfaisant pas toujours la loi des 7S (Sanitaire/Santé/Service/Saveur/Symbolique/Simulacre/Sûreté).

Nous soulignerons aussi l'importance de l'alimentation, dans la perspective de la reconnaissance d'une identité du patient non réductible à sa maladie. Ceci permettra de saisir les sociabilités, les imaginaires, les plaisirs engendrés par l'alimentation.

Nous terminerons en nous plaçant dans la perspective de l'institution. Nous évoquerons des problèmes relevant de la politique de l'hôpital, de sa capacité à répondre aux attentes multiples des populations plurielles qu'il doit satisfaire. Ce point de notre intervention devrait permettre un véritable débat avec le public.

LES RÉALISATIONS DE CLANS

Vie « talité » d'un jeune CLAN : 2 ans après !

Magali Nello, diététicienne cadre de santé, C.H. Victor Dupouy, Argenteuil

Depuis 2 ans, le CLAN « œuvre » dans le centre hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil, établissement de 1000 lits dans le Val d'Oise en Ile de France. Mais quel est le bilan pour ce « jeune » CLAN ? Comment vit cette nouvelle instance ? Quelle vitalité, quel impact, quelle place a-t-elle au sein de l'établissement ?

Mars 2002, parution de la circulaire relative au CLAN.

L'unité diététique inscrit la création du CLAN en action d'amélioration dans le cadre de l'autoévaluation de l'accréditation.

En 2003, cependant, annoncer la création d'une nouvelle instance alors que l'établissement met en place de nouveaux groupes projets pour poursuivre la dynamique d'amélioration, n'est pas chose aisée. Comment inciter des personnes à s'impliquer dans les projets du CLAN ? **C'était presque mission impossible ! Et pourtant !!!** Cette année-là a été mise à profit pour « communiquer » sur les missions de cette nouvelle instance auprès des différentes directions, de la CME, de la CSSI et de l'encadrement.

Après les premières remarques : « une nouvelle instance ? », « pourquoi faire ? », « le CLUD, la CRUQ, le CLIN, maintenant le CLAN ? », nous avons trouvé un appui très favorable auprès de la direction, du président de la CME mais aussi dans la plupart des catégories professionnelles.

Juin 2004, le CLAN est créé : le dernier-né du Val d'Oise.

Le CLAN pour prendre naissance a bénéficié d'une collaboration étroite entre le service de Réanimation, la Pharmacie et le service Diététique qui existait depuis de nombreuses années : ce trinôme a servi de fondations.

Le recrutement des membres est basé sur le volontariat :

- 22 membres « permanents » dont 5 médecins, 1 pharmacien, 1 directeur, 5 cadres soignants, 2 IDE, 4 AS, 3 diététiciennes, 2 responsables de restauration
- des membres « temporaires » des unités de soins s'investissent dans les sous-groupes de travail ce qui permet d'élargir le nombre de participants aux réflexions et de limiter leur mobilisation dans le temps.

Deux objectifs prioritaires se sont imposés au CLAN, des projets transversaux qui nous ont paru « fédérateurs » pour l'ensemble des unités :

- le premier, initialisé par le CLIN (à défaut de CLAN), relatif à l'élaboration du protocole de « Nutrition entérale par sonde » : une diététicienne étant l'animatrice du groupe de travail, le réanimateur et le pharmacien, étant membres du groupe.
- le deuxième concernait l'amélioration de la prise en charge de la Dénutrition, et en premier lieu l'amélioration du dépistage de la dénutrition au sein de l'établissement.

Juin 2006, 2 ans après, où en sommes-nous ?

- Le protocole de Nutrition entérale par sonde a été diffusé : une évaluation permettra de mesurer l'évolution des pratiques.

- La démarche d'amélioration de la prise en charge de la dénutrition est engagée :

La 1^{ère} phase concerne le Dépistage de la Dénutrition : un audit initial a permis d'équiper en pèse-personnes et toise l'ensemble des unités, une procédure de « Dépistage de la Dénutrition » est en test, un kit de formation a été réalisé, la formation des personnels est organisée par les membres du CLAN au sein des unités avec l'équipe pluriprofessionnelle.

La 2^{ème} phase concerne la « Prise en charge de la Dénutrition » : le sous-groupe « Environnement et aide au repas » a pour objectif de proposer des recommandations de bonnes pratiques et des axes d'amélioration pour favoriser une prise alimentaire satisfaisante.

- Un classeur CLAN à l'usage des unités de soins et une plaquette d'informations à l'usage des médecins sont en cours de réalisation.
- La mise en place de l'HACCP jusqu'au chevet du patient est un des objectifs de l'année 2006.
- Au niveau départemental, les CLANs du Val d'Oise se réunissent une fois par an ce qui permet d'échanger sur les actions menées et les difficultés rencontrées.

Et après ?

- L'adhésion de l'ensemble des professionnels aux nouveaux outils proposés reste l'enjeu majeur pour le CLAN : un programme de communication est prévu auprès de la CME, par le journal interne et par la formation des équipes sur leur lieu de travail. L'évaluation de l'impact des outils mis en place sur les pratiques sera réalisé à l'aide des audits.
- En CME, de nouveaux thèmes de travail ont été évoqués : le CLAN pourra être une réelle « force de proposition » et répondra à la demande des secteurs sur des sujets plus spécifiques.

Ces 2 années ont été laborieuses, riches et fructueuses : le CLAN a été un révélateur de ressources jusqu'alors « insoupçonnées » au sein de l'établissement ; il a contribué à développer une dynamique de progrès.

Le travail réalisé montre que le CLAN est d'une « absolue nécessité » pour améliorer la prise en charge de la nutrition dans les établissements de santé.

Bien sûr, des difficultés persistent :

- CONVAINCERE l'ensemble des professionnels,
- AMELIORER ET PERENNISER les pratiques,
- FIDELISER les membres du CLAN notamment les médecins.

Le CLAN est un outil de progrès : à nous de trouver les moyens pour :

- MOTIVER les soignants sur le terrain,
- MESURER les actions mises en place
- PROUVER que ces actions contribuent à l'amélioration de la qualité de l'alimentation - nutrition au bénéfice de la personne soignée.

LES RÉALISATIONS DE CLANS

Le CLAN au CHU de Nantes : développement de l'assistance nutritionnelle

Eliane Caraux, diététicienne cadre supérieur de santé, C.H.U. Nantes

En 1997, dans le cadre de l'élaboration du projet d'Établissement 1998-2002, un groupe de travail sur la Restauration a été créé. Ses objectifs étaient les suivants :

- Définir scientifiquement les apports nutritionnels et les indications en fonction des pathologies.
- Clarifier les compétences nécessaires à la production de l'alimentation (orale, entérale et parentérale)
- Améliorer le système de distribution.

Devant l'ampleur des projets, le CLAN a été créé en juin 1998, il se réunit quatre fois par an. Pour réaliser les travaux, des groupes de travail sont constitués et « chargés » de mission.

Les principaux travaux effectués sont les suivants :

Mission distribution

- Programme d'une formation destinée aux aides soignants « prise en charge de l'alimentation de la personne soignée » validé en 1999.
- Suivi de la mise en place de la méthode HACCP en cuisine centrale, en 1999.
- Définition de la fonction intendante en 2000.
- Suivi de la mise en place de l'informatisation de la prise de commande des repas (fin 2001 à actuellement).
- validation en coordination avec le CLIN, du plan de nettoyage de l'office alimentaire en 2004

Mission nutrition artificielle

- Enquête d'un jour sur la nutrition artificielle à l'hôpital en 2000.
- Rédaction du guide de l'assistance nutritionnelle chez l'adulte en 2001.
- Création d'une équipe mobile de nutrition en 2002.
- Mise en œuvre de la « charte de prise en charge et suivi des patients en nutrition entérale à domicile » en octobre 2003, avec l'élaboration d'un livret de suivi.
- Elaboration du protocole de prise en charge des patientes anorexiques dans le service d'endocrinologie en 2005
- Rédaction du mode opératoire, dépistage de la dénutrition chez les patients adultes.

Mission accréditation

- Participation à l'auto - évaluation, dans le cadre de la procédure d'accréditation, en 2000 (V1) puis 2005 (V2).

Mission formation

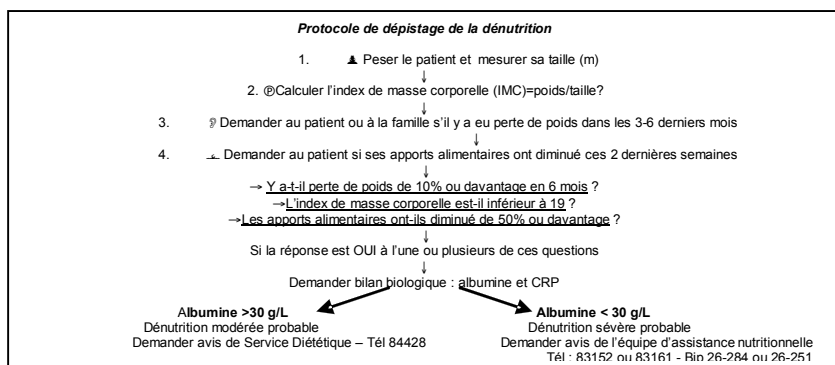
- Mise en place de sessions de formation sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition depuis 2004, suite à l'attribution d'un budget formation.

Autres travaux

- Réalisation d'un référentiel des recommandations nutritionnelles, validé pour l'adulte en 1999 et pour l'enfant en 2000.
- Participation à l'élaboration du Projet d'Établissement 2003-2007 en 2001-2002.

Développement de l'assistance nutritionnelle chez l'adulte

- L'assistance nutritionnelle recouvre le dépistage de la dénutrition et sa prise en charge, selon un protocole proche de celui du P.N.N.S.



Principales étapes de la mise en œuvre

- Présentation de ce protocole aux cadres de santé, par le président du CLAN.
- Distribution du guide d'assistance nutritionnelle essentiellement aux internes.
- Formation au dépistage de la dénutrition au sein des pôles.
- Utilisation au quotidien par les prescripteurs de l'équipe mobile d'assistance nutritionnelle et les diététiciennes.
- En parallèle une feuille de surveillance alimentaire « institutionnelle » a été mise en place.

Progressivement, grâce à l'informatisation de la commande des repas, le contrôle de la prescription des compléments diététiques et de l'alimentation entérale, est assuré par les diététiciennes et les deux prescripteurs de l'équipe mobile. Pour ce qui concerne la parentérale, l'amélioration de la prescription se fait grâce à une ordonnance type nominative, à visée éducative. Par ailleurs, les choix des produits diététiques et parentéraux, se fait en concertation avec le CLAN et les pharmaciens.

Perspectives

- Poursuivre les formations au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition dans les pôles médicaux.
- Perfectionner la formation des diététiciennes en alimentation entérale.
- Etoffer l'équipe mobile de nutrition pour réaliser les consultations de nutrition destinées aux patients en alimentation artificielle à domicile.

LES RÉALISATIONS DE CLANS
**L'expérience des « référents en nutrition »
aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**
*Docteur Alain Pradignac, Véronique Séry, diététicienne cadre de santé,
CLAN, Hôpitaux Universitaires - Strasbourg*

La prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés demeure insatisfaisante notamment en raison d'une évaluation nutritionnelle insuffisante liée en partie au manque de formation des personnels soignants dans le champ nutritionnel. Une réflexion menée sur ce problème par notre CLAN a conduit à proposer en 2003 la mise en place, au sein de chaque Unité Fonctionnelle (UF) d'adultes, des soignants « référents en nutrition ».

Chaque agent volontaire a bénéficié d'une formation d'une journée sur les outils de l'évaluation de l'état nutritionnel, des ingesta et sur les modalités pratiques de l'intervention nutritionnelle à partir des recommandations du Programme National Nutrition Santé publiées en 2003. Les référents, constitués d'aides-soignantes (n = 59), d'infirmières (n = 20) et de 2 cadres de santé, ont été formés puis déployés dans les UF au premier trimestre 2005. Six mois après le début de la mise en place, nous avons réalisé une enquête destinée à évaluer les moyens utilisés par les soignants pour mesurer l'état nutritionnel, les prises alimentaires et les modalités pratiques de la prise en charge nutritionnelle de leurs patients. Les résultats ont été obtenus à partir d'un questionnaire élaboré par le CLAN et adressé à toutes les UF d'adulte des HUS (n = 101). Nous avons comparé à l'aide du test du X² les évolutions enregistrées par rapport à des données similaires recueillies en 2002 et les écarts associés à la présence (n = 79) ou non (n = 22) de référents au sein des équipes soignantes. La formation de soignants en nutrition s'accompagne d'une amélioration le plus souvent non significative du recueil des paramètres anthropométriques de base par rapport à 2002 (pesée du patient : 74.5 % en 2005 vs 77.6 % en 2002 ; mesure de la taille : 28.7 vs 24.5 % ; calcul du BMI : 44.6 vs 22.4 %, p < 0.05 ; calcul du NRI : 24.1 vs 14.3 %). Ces écarts deviennent tous significatifs quand on compare les UF ayant un référent en leur sein à celles qui n'en n'ont pas encore (poids : 81.8 % vs 47.6 %, p = 0.001 ; taille : 35.6 % vs 4.8 %, p = 0.006 ; BMI : 50.0 % vs 23.5 %, p = 0.05 ; NRI : 29.2 % vs 0.0 %, p = 0.20). L'utilisation d'une feuille de suivi alimentaire a aussi été amplifiée par la formation (68.7 % en 2005 vs 59.2 % en 2002) comme par la présence des référents dans les UF (80.0 vs 28.6 %, p < 0.001). Par contre la prise en charge nutritionnelle des patients demeure encore majoritairement dépendante des avis des collègues (99.0 %), du médecin de l'UF (92.9 %) des plaintes des patients (91.5 %) et beaucoup moins des éléments plus objectifs comme les données de la feuille de suivi alimentaire (68.9 %), les valeurs du BMI (22.7 %) ou du NRI (16.3 %) ou le recours aux compétences d'un médecin nutritionniste (18.3 %) sans que la présence des référents n'influence favorablement ces derniers paramètres.

La formation de personnels soignants au diagnostic et à la prise en charge nutritionnelle permet d'améliorer le recueil des paramètres nutritionnels de base (poids, taille, ingesta). La présence de référents en nutrition au sein des UF renforce cette amélioration. En revanche la formation a eu peu d'impact sur le calcul d'index à peine plus sophistiqués (BMI, NRI) empêchant de ce fait une prise en charge nutritionnelle plus élaborée qui demeure toujours conditionnée par des éléments encore trop subjectifs.

Par ailleurs, le référent nutrition est devenu l'un des interlocuteurs privilégiés de la diététicienne dans les services de soins. En effet, grâce à la formation dispensée, les référents vont pouvoir dans un premier temps dépister précocement les problèmes nutritionnels des patients en recueillant toutes les données nécessaires. En fonction de la nature du problème, ils vont pouvoir mettre en place des actions simples (adaptation des goûts, des quantités, etc.). Lorsque le problème dépasse leurs compétences, une discussion entre les référents, toute l'équipe de soins, et la diététicienne va permettre à cette dernière d'établir un diagnostic diététique et de mettre en place les actions nécessaires.

Toutes ces étapes existaient déjà avant la mise en place des référents, mais elles étaient plus souvent simplement « déléguées » à la diététicienne. Aujourd'hui la nutrition commence à faire partie intégrante du soin et est devenue le problème de tous, les équipes étant sensibilisées par les référents au quotidien. Cette expérience a permis, au delà de l'impact direct sur le patient, une prise de conscience de la direction, de l'encadrement et des autres personnels paramédicaux de l'importance et des enjeux d'une prise en charge nutritionnelle précoce et adaptée qui de ce fait n'est plus le seul problème des diététiciennes et des médecins nutritionnistes.

LES RÉALISATIONS DE CLANS
Le CLAN central de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Marie-Christine Puissant, diététicienne cadre supérieur de santé
Vice-présidente du CLAN central AP - HP

La création officielle du CLAN central de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris a été faite en mars 2003. Celle-ci faisait suite à 3 années de fonctionnement d'un groupe de coordination des comités de liaison alimentation-nutrition ou GCCLAN .

Suite au rapport du Pr Bernard Guy-Grand en 1997 la médicalisation des comités liés à l'alimentation a été faite. Tous les éléments nécessaires à l'alchimie entre les différents professionnels étaient réunis.

La création de ce comité médicalisé a permis de rassembler les forces vives et de faire levier par rapport à nos décideurs sur tous les thèmes et enjeux stratégiques liés à la nutrition. Pour de nombreuses actions engagées concernant les professionnels de terrain, c'était une continuité : mise en place de la méthode HACCP en restauration et dans les services de soins, cahier des charges de la restauration, système d'information, centrale d'achats alimentaires, pharmaceutiques ; pour le corps médical ce fut une découverte. **L'enjeu majeur a été de positionner la nutrition à sa juste place pour l'ensemble des 39 hôpitaux et groupes hospitaliers constituant l'AP-HP. La mission fondamentale du CLAN central fut d'impulser une politique globale dans tous les domaines concernés par la nutrition.**

Grâce à la volonté de leaders médicaux, un essor a débuté avec des points forts et des points faibles. L'originalité de notre CLAN central fut la collaboration de deux directions : direction de la politique médicale et direction du patrimoine et de la logistique.

Durant ces trois années, les « chantiers » majeurs furent :

- L'étude scientifique Energie 4+ sur la consommation alimentaire des patients hospitalisés ;
- La création nationale d'un référentiel concernant l'évaluation de la qualité et de la nutrition dans les unités de soins. Ce document, en terme de méthodologie a permis la réalisation d'audits préliminaires aux visites d'accréditation et d'engager pour chacun des sites selon leurs possibilités des actions correctrices ;
- La création de kit pédagogique relatif au dépistage de la dénutrition avec formation consécutive des professionnels ;
- L'harmonisation des pratiques médicales concernant les prescriptions diététiques : deux référentiels et un document d'aide à la prescription pour le sujet âgé ;
- La participation active à la commission gériatrique, laquelle a pu fédérer les professionnels des hôpitaux de soins de suite, de réadaptation et de soins de longue durée et d'engager ainsi une dynamique ;
- La participation du clan central aux appels d'offres concernant la restauration concédée, des aliments diététiques à des fins médicales spéciales, à l'alimentation parentérale et dispositifs médicaux.

En conclusion, l'interface que j'ai jouée, en tant que vice-présidente et diététicienne, est une des plus-values apportée à cette organisation originale à multiples facettes. La création des thèmes ou sujets abordés au cours de ces années a permis de renforcer des réseaux déjà existants, de mieux se connaître et collaborer ensemble. Le résultat de ces engagements a de manière inégale impulsé consécutivement la réalisation de nombreux projets au sein des hôpitaux en créant une dynamique parmi les professionnels.
