



Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

Mettre en place et animer un CLAN

Guide pour les établissements de santé



MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques



Charte éthique des projets d'amélioration en organisation conduits par la MeaH

L'objet des interventions MeaH est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte ainsi que les conditions de travail des professionnels dans le contexte de « vie réelle ».

Les établissements sont volontaires et informés des modalités de collaboration.

En accord avec la MeaH, les professionnels décident des actions d'amélioration et les conduisent en veillant à leur impact sur la qualité des soins.

Les données utiles au projet sont recueillies par les établissements avec le concours des consultants.

La diffusion des données est anonyme. Sur accord de l'établissement, cet anonymat peut être levé.

Le financement des chantiers est assuré sur fonds publics (Fond de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés).

La sélection des consultants est réalisée après appel d'offres en application du Code des Marchés Publics.

Les agents de la MeaH déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les cabinets de conseil.

Les documents produits sont relus par un comité de lecture interne à la MeaH, incluant un médecin si le thème impacte directement la prise en charge des patients.

Dans un souci de qualité et d'éthique, chaque chantier fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport selon les recommandations de publication sur l'amélioration de la qualité des soins.

SOMMAIRE

Préface	4
Avant propos	5
Avertissement	5
Remerciements	6
La situation des CLAN dans les établissements de santé	7
Un taux de pénétration de 55 %.....	7
Mais de fortes variations en fonction de la nature et de la taille des établissements.....	8
Qu'est ce qu'un CLAN ?	9
Du rapport du professeur GUY-GRAND de 1994 au PNNS 2.....	9
Une constitution recommandée.....	9
Pourquoi mettre en place un CLAN ?	10
Ses missions.....	10
Mettre en place une approche commune et transversale de la fonction alimentation.....	11
Communiquer sur l'alimentation.....	11
Comprendre l'importance de l'alimentation dans le projet hospitalier.....	12
Identifier la dénutrition à l'hôpital.....	12
Estimer les besoins protéino énergétiques des patients et surveiller leur consommation effective.....	14
Retrouver le plaisir de manger tout en maîtrisant les coûts.....	15
Différencier les consommateurs et leur proposer un menu adapté.....	16
Ancrer des actions de changement organisationnel.....	18
Comment mettre en place un CLAN ?	19
Les pré requis à sa mise en place.....	19
Des méthodologies de mise en place.....	19
L'initiateur du projet.....	21
Le calendrier de mise en place.....	21
Exemples de mise en oeuvre.....	21
De la commission des menus au CLAN.....	22
Les facteurs de succès de la mise en place.....	23
Les facteurs d'échecs de la mise en place.....	23
Les 10 atouts indispensables pour mettre en place un CLAN.....	24
Comment fonctionne un CLAN ?	25
Sa composition.....	25
Son bureau.....	27
Exemples de compositions de CLAN.....	27
Son règlement intérieur.....	29
Ses ressources.....	29
Fréquences de ses réunions.....	29
Le CLAN : un outil de communication sur la nutrition et l'alimentation.....	30
Ses thématiques.....	30
Comment faire vivre le CLAN ?	33
Les conditions de pérennisation du CLAN.....	33
La légitimité du CLAN.....	33
Le réseau à mettre en place au sein de l'établissement.....	34
L'impact des Evaluations des Pratiques Professionnelles.....	34

Créer des réseaux de CLAN	35
Annexes	36
Annexe 1 - Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.....	36
Annexe 2 - Code de la santé publique - Organes représentatifs et expression des personnels.....	39
Annexe 3 - Code de la santé publique - Les sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins.....	40
Annexe 4 - Règlement intérieur du CLAN de l'Hôpital L. Bellan.....	43
Annexe 5 - Règlement intérieur du CLAN du Centre Hospitalier de Millau.....	46
Annexe 6 - Règlement intérieur du CLAN du CRRF de X.....	49
Annexe 7 - Règlement intérieur du CLAN central de l'AP-HP.....	52
Annexe 8 - Règlement intérieur du CLAN du Centre Hospitalier E. Roux du Puy en Velay.....	56
Annexe 9 - Règlement intérieur de la commission restauration de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord de Brumath.....	60
Annexe 10 - Règlement intérieur de la commission restauration du Centre Hospitalier de Remiremont.....	62
Annexe 11 - Règlement intérieur de la commission restauration du CMPR L'ADAPT de Saint Cloud.....	66
Glossaire	67

Préface

Pourquoi des CLAN ? Comment convaincre et ne pas imposer une évidence ? Comment faire vivre un nouveau projet toujours fédérateur au début, souvent vécu comme lassant au fil du temps et parfois suspect d'être récupéré par certains pour une promotion personnelle ? Toutes ces questions, nous les avons évoquées les uns et les autres au début de cette aventure. Toutes ces questions doivent être abordées d'emblée pour transformer l'essai.

Qui aurait pu croire, il y a 10 ans, que des responsables de cuisine, des directeurs d'établissement, des médecins, des diététiciens, des soignants, se retrouveraient autour d'une table pour « mettre le couvert » ?

L'esprit visionnaire de certains, la confiance acquise, après de longues discussions argumentées, et finalement la parole donnée aux patients et à leur famille ont fini par persuader les responsables politiques que les CLAN étaient nécessaires ; le principe de précaution a catalysé cette certitude.

Bon ! Nous y sommes presque arrivés mais des contraintes budgétaires et les choix économiques qui en découlent ont failli faire s'effondrer tous les efforts des premiers établissements qui se sont lancés dans l'amélioration de ce soin à l'hôpital qu'est l'alimentation.

A considérer avec quel enthousiasme les établissements ont adhéré à la démarche de la MEAH, les pionniers avaient raison : il s'agit bien d'un chantier jugé prioritaire car légitime et trop longtemps négligé dans sa dimension transversale. Les expériences rapportées dans ce guide seront utiles à tous ceux qui hésitent encore à affronter cet immense chantier, technique, culturel et économique. Quand je dis économique, je pense d'abord à une bonne gestion des ressources logistiques et humaines de l'hôpital mais aussi à une gestion intelligente des ressources de la communauté nationale consacrées à la santé. Le dépistage, la prévention des troubles nutritionnels associés à la maladie et à ses traitements, les traitements nutritionnels mis en route n'ont de sens que s'ils sont poursuivis hors l'hôpital par tous les acteurs médicaux et para-médicaux. Les CLAN ont aussi cette mission.

Il est également temps maintenant de développer la communication : mutualiser les expériences des CLAN au travers des groupes et des relais qu'ils ont mis en place et piloté ; ne pas refaire ce qui a échoué et transmettre ce qui a réussi.

Enfin, des moyens devront être mis rapidement à la disposition de ces projets pour augmenter l'efficacité des actions proposées.

Merci à la MEAH d'avoir permis d'amplifier les messages que nous essayons de faire passer depuis plusieurs années et maintenant dans le cadre du PNNS.

Rappelons-nous tous les jours que les bonnes idées ne viennent que rarement d'en haut, leur récupération souvent !

Dr Jean-Fabien ZAZZO
Membre du Comité de Pilotage du PNNS
Chargé de mission auprès de la DHOS

Avant propos

Les professionnels qui interviennent sur le processus de la restauration hospitalière sont multiples. Des cuisiniers aux personnels paramédicaux dont les diététiciens en passant par les médecins et les logisticiens, tous les personnels d'un établissement de santé sont touchés de près ou de loin. Pour adapter au mieux la prise en charge nutritionnelle et les prestations proposées aux besoins des convives, il est nécessaire de mettre en place des instances pluridisciplinaires capables de définir des axes de progrès (prise en charge de la dénutrition, gestion du jeûne nocturne, définition d'une politique nutritionnelle d'établissement) tout en intégrant les contraintes des différents métiers intervenant dans le processus.

Le CLAN peut être l'une de ces instances. Toutefois, un certain nombre de questions reste posé :

- Le CLAN est-il obligatoire ?
- Quels sont les acteurs qui doivent composer un CLAN ?
- Quelles sont les missions du CLAN ?
- N'est-ce qu'une instance de plus ?
- Comment faire vivre cette instance et inscrire ses effets dans la durée ?

C'est à ces questions et d'autres que ce guide propose d'apporter des réponses. Fondé sur des retours d'expériences concrets issus de l'expérience des professionnels de la restauration, mais bénéficiant également d'avis d'experts, ce guide abordera tour à tour les différentes phases de la vie d'un CLAN, de sa création à sa maturité. Sur chacune des étapes, il tentera de présenter les incontournables mis en place, mais aussi des pistes de travail et des exemples des travaux conduits concrètement dans les établissements.

Avertissement

Les retours d'expériences figurant dans ce guide peuvent parfois être en contradiction avec les obligations réglementaires relatives aux sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), qui ont été définies en 2006 et qui s'appliquent aux établissements publics de santé depuis le 16 janvier 2007. L'attention du lecteur est donc attirée sur la nécessité de demeurer en conformité avec la réglementation en vigueur (cf. annexes 2 et 3).

Par exemple, deux options organisationnelles sont envisageables pour la prise en charge de l'alimentation et la nutrition dans les établissements publics de santé: le CLAN comme sous-commission spécifique de la CME, ou la prise en compte du thème alimentation - nutrition au sein d'une sous-commission de la CME non spécifique, chargée également d'autres politiques relatives à la qualité et à la sécurité des soins. Le texte intègre donc des paragraphes présentant au lecteur cette alternative possible depuis 2007. De plus, il faut souligner que dans l'hypothèse où un CLAN demeure en place dans un établissement public de santé, il ne peut plus être « autonome » : il doit être rattaché à la CME. D'autre part, les règles concernant sa composition, la désignation de ses membres et son organisation sont précisés dans les textes de 2006 (annexes 2 et 3). Les établissements privés ne sont pas soumis à cette réglementation et ont donc toute liberté pour organiser la prise en compte de la thématique alimentation - nutrition..

Cette situation est relative à un moment de flottement : une nouvelle réglementation est intervenue, mais les professionnels des établissements ne se la sont pas encore appropriée.

Remerciements

Pour leur précieuse collaboration à la rédaction de cet ouvrage sont remerciés :

Le groupe de travail qui a permis de constituer la trame de ce document, composé de professionnels des structures suivantes :

- CENTRE HOSPITALIER D'ALBERTVILLE MOUTIERS (73)
- CENTRE HOSPITALIER DE NEUILLY COURBEVOIE (92)
- CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT (88)
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DU JURA (39)
- CLINIQUE SAINT YVES – RENNES (35)
- ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ALSACE NORD – BRUMATH (67)
- GROUPE HOSPITALIER A. CHENEVIER H. MONDOR – CRETEIL (94)
- HÔPITAUX LOCAUX RENE LE HERISSE et SAINT BRICE EN COGLES – ANTRAIN (35)
- Cabinet EC6 – Le conseil en restauration santé
- Cabinet Paul Tronchon Conseil
- Monsieur le Docteur J.F. Zazzo
- Sylvie CHAUVIN de la DHOS
- Emmanuel Duchamp et Dominique Talandier – chargés de projet de la MeaH

Les professionnels des établissements participants à un chantier restauration avec la MeaH pour leur relecture attentive et l'apport de retours d'expériences,

- CENTRE DE GERIATRIE BEAUSEJOUR – HYERES (83)
- CENTRE DE MEDECINE ET DE READAPTATION L'ADAPT SAINT CLOUD (92)
- CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DIVIO – DIJON (21)
- CENTRE DEPARTEMENTAL LES GRANDS CHÊNES - SAINT DENIS – CHATEAUXROUX (36)
- CENTRE HOSPITALIER ALBERTVILLE MOUTIERS (73)
- CENTRE HOSPITALIER AVRANCHES – GRANVILLE (50)
- CENTRE HOSPITALIER BRIENNE LE CHÂTEAU (10)
- CENTRE HOSPITALIER D'ALBI (81)
- CENTRE HOSPITALIER D'AUCH (32)
- CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES DE BIGORRE (65)
- CENTRE HOSPITALIER DE BETHUNE (62)
- CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI (59)
- CENTRE HOSPITALIER DE COMPIEGNE (60)
- CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMERATION MONTARGOISE (45)
- CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL (53)
- CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES (37)
- CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES (65)
- CENTRE HOSPITALIER DE MONTBRISON (42)
- CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON (03)
- CENTRE HOSPITALIER DE NOUVELLE CALEDONIE (988)
- CENTRE HOSPITALIER DE PAU (64)
- CENTRE HOSPITALIER DE PLOERMEL (56)
- CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT (88)
- CENTRE HOSPITALIER DE ROMILLY SUR SEINE (10)
- CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN (17)
- CENTRE HOSPITALIER DE SAINT BRIEUC (22)
- CENTRE HOSPITALIER DE SENLIS (60)
- CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL FELIX GUYON – SAINT DENIS (974)
- CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL STELL – RUEIL (92)
- CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE BRETAGNE (56)
- CENTRE HOSPITALIER DU GERS (32)
- CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY (01)
- CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN (972)
- CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX - LE PUY (43)
- CENTRE HOSPITALIER H. GUERIN – PIERREFEU (83)
- CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU SUD AVEYRON (12)
- CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL POISSY - SAINT GERMAIN EN LAYE (78)
- CENTRE HOSPITALIER L.J GREGORY - THUIR (66)
- CENTRE HOSPITALIER L. JAILLON - SAINT CLAUDE (39)
- CENTRE HOSPITALIER P. COSTE FLORET – LAMALOU (34)
- CENTRE HOSPITALIER RAVENEL (88)
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE ANNE – PARIS (75)
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA CHARTREUSE – DIJON (21)
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SARTHE – ALLONNES (72)
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DU JURA (39)
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS (80)
- CENTRE HOSPITALIER V. DUPOUY – ARGENTEUIL (95)
- CENTRE LES ESCALDES (66)
- CENTRE REGIONAL DE REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLES – ANGERS (49)
- CENTRE SAINT DOMINIQUE – NICE (06)
- CENTRE SPECIALISE DE LORQUIN (57)
- CHU DE MONTPELLIER (34)
- CHU DE NANTES (44)
- CLINIQUE MEDICALE DU MAS DE ROCHET (34)
- CLINIQUE SAINT YVES – RENNES (35)
- CRRF ANDRE LALANDE – NOTH (23)
- ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ALSACE NORD – BRUMATH (67)
- ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA REUNION – SAINT PAUL (974)
- GROUPE HOSPITALIER A. CHENEVIER H. MONDOR – CRETEIL (94)
- GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION – SAINT PIERRE (974)
- HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN – BELLAC (87)
- HOPITAL JOFFRE DUPUYTREN – DRAVEIL (91)
- HOPITAL LEOPOLD BELLAN – PARIS (75)
- HOPITAL LOCAL DE TOURNAN EN BRIE (77)
- HOPITAL LOCAL INTERCOMMUNAL 3H SANTE – CIREY SUR VEZOUZE (54)
- HOPITAL LOCAL LE VIGAN (30)
- HÔPITAL MARITIME VANCAUWENBERGHE (59)
- HOPITAL RENE MURET BIGOTTINI (93)
- HOPITAL SAINT JOSEPH – MARSEILLE (13)
- HOPITAUX DU LEMAN (74)
- HÔPITAUX LOCAUX RENE LE HERISSE et SAINT BRICE EN COGLES – ANTRAIN (35)
- LES MYRIAMS – SAINT GERVAIS LES BAINS (74)
- POLE GERONTOLOGIQUE NORD SARTHE – SILLE LE GUILLAUME (72)
- TY YANN – BREST (22)
- UGECAM ALSACE (67)
- UNISANTE + - BOULAY - FORBACH - SAINT AVOLD (57)

Les membres de l'ADLF pour leur relecture attentive et les précisions relatives aux services de diététique.

Les membres de l'UDIHR qui ont bien voulu apporter leur concours à la réalisation de cet ouvrage.

Sylvie CHAUVIN et Elisa YAVCHITZ de la DHOS pour avoir intégré dans ce guide les impacts de la réforme des sous-commissions de la CME dans l'organisation des CLAN et précisé les aspects réglementaires à appliquer.

La situation des CLAN dans les établissements de santé

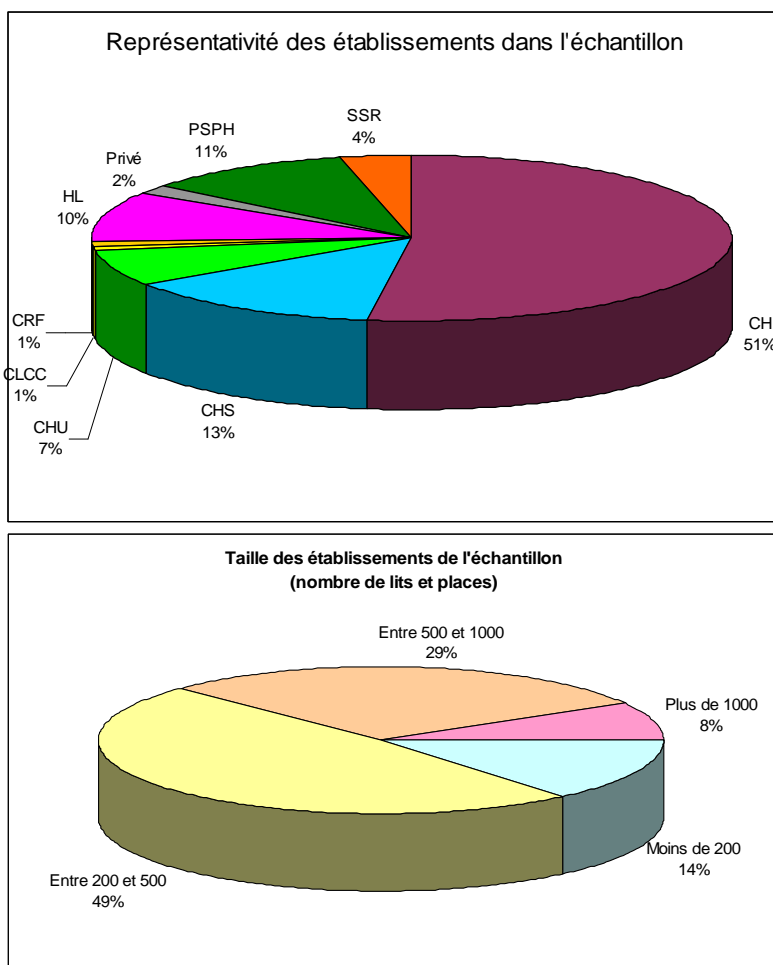
Depuis 2004, la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier accompagne des établissements de santé publics, privés et PSPH dans l'optimisation de leur processus de restauration. Elle apporte des réponses pragmatiques aux problématiques des établissements, mais elle a aussi mis en œuvre un dispositif de benchmarking qui permet aux établissements de se positionner entre eux sur la base d'une dizaine d'indicateurs. L'un d'entre eux concerne la présence d'un CLAN au sein de l'établissement. 113 établissements ont communiqué des données relatives aux CLAN.

Ce chapitre présente une analyse succincte de ces données afin d'illustrer la situation des CLAN en 2007.

Un taux de pénétration de 55 %

Si lors de l'état des lieux des CLAN réalisé en 2000 par le professeur GUY-GRAND le taux d'établissements disposant d'un CLAN était de 18 %, puis de 30,3 % des 763 établissements ayant répondu à l'enquête de l'étude de 2004¹, le taux de pénétration constaté par la MeaH auprès des 113 établissements qu'elle a accompagnée de 2004 à 2007 est de 55 %. Il y aurait donc un accroissement régulier du nombre d'établissements qui se dotent d'une telle structure².

L'échantillon constitué des établissements ayant un chantier sur l'organisation de la fonction restauration avec la MeaH est donné sur les graphiques suivants.

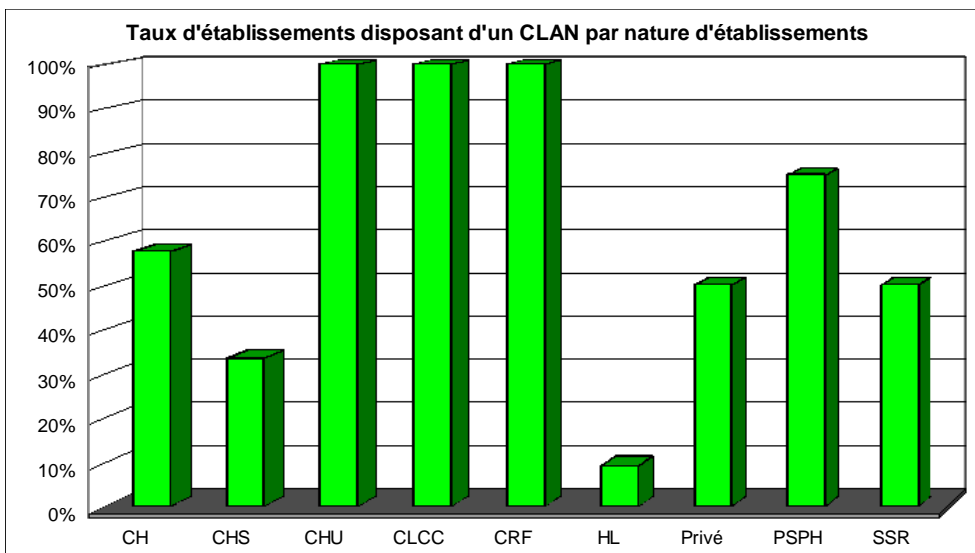


¹ Etat des lieux des CLAN réalisé en 2004 sous l'égide de la DHOS dans le cadre du Programme National Nutrition Santé

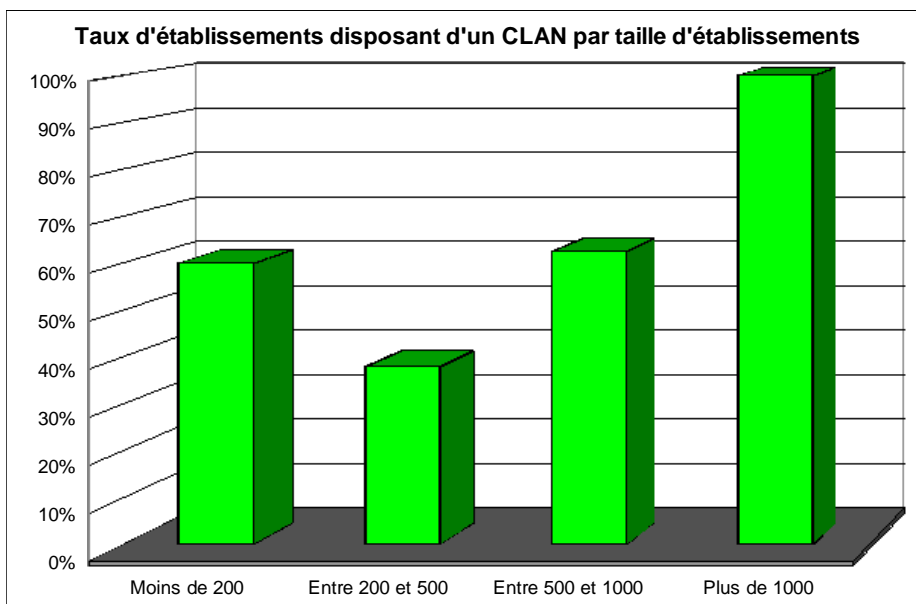
² La DHOS envisage de conduire un nouvel état des lieux des CLAN en 2008 afin de mesurer l'évolution depuis quatre ans

Mais de fortes variations en fonction de la nature et de la taille des établissements

Sur cette base d'établissements, les données disponibles montrent un taux d'existence des CLAN fortement dépendant de la nature des établissements. Les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers spécialisés étant ceux pour lesquels le taux de présence de CLAN est le plus faible.



De même, la taille de l'établissement est un facteur discriminant. Il semble que la présence d'un CLAN est corrélée à la taille de l'établissement, hormis pour les plus petits établissements de moins de 200 lits et places.



Qu'est ce qu'un CLAN ?

Du rapport du professeur GUY-GRAND de 1994 au PNNS 2

La première initiative sur les Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) est née du rapport du professeur Bernard GUY-GRAND demandé par monsieur Philippe DOUSTE BLASY, ministre chargé de la santé en 1994 et remis à monsieur Hervé GAYMARD, ministre chargé de la santé en 1997.

Sous l'égide du PNNS 1, une commission présidée par monsieur le Professeur Claude RICOUR a mis au point un certain nombre d'outils pour améliorer l'évaluation du risque nutritionnel et sa prise en charge. Elle a ainsi précisé les rôles et missions du CLAN. A cet effet, les travaux de cette commission ont abouti à la rédaction d'une circulaire en 2002 sur la mise en place des CLAN, signée par le ministre de la santé, monsieur Bernard KOUCHNER. Dans le cadre du volet hospitalier du PNNS 1, un certain nombre de travaux consultables sur le site internet du ministère de la santé (www.santé.gouv.fr thème « nutrition en établissements de santé ») ont été réalisés.

La coordination des actions ministérielles sur la dénutrition en établissements de santé est aujourd'hui assurée dans le cadre du comité de pilotage du PNNS 2 par le docteur Jean Fabien ZAZZO, conformément à la mission qui lui a été confiée par la DHOS. L'un des objectifs du PNNS 2 est de généraliser les CLAN dans les établissements de santé d'ici 2010, avec des regroupements pour les établissements de petite taille.

Une constitution recommandée

Pour intégrer les fonctions alimentation, nutrition et restauration, mais aussi pour coordonner et assurer un pilotage transversal d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé, la circulaire du 29 mars 2002 recommandait la mise en place d'un CLAN dans chaque établissement de santé (cf. annexe 1).

Depuis, le 15 janvier 2007, les établissements publics de santé doivent organiser en une ou plusieurs sous-commissions de la CME l'ensemble des politiques de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins. Ainsi, le CLAN doit, lorsqu'il existe, être placé sous l'égide de la CME en tant que sous-commission spécialisée de celle-ci (cf. annexes 2 et 3). Cependant, la formalisation d'un CLAN n'est pas obligatoire : il s'agit de l'une des organisations possibles. En effet, l'établissement peut choisir de regrouper les attributions de l'ensemble des instances sur un nombre réduit de sous-commissions, voire sur une seule, afin de favoriser l'efficacité des politiques concernées. Ainsi, le thème de la nutrition peut être traité au sein d'une sous-commission de la CME unique en charge de l'ensemble de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, qui traite donc également d'autres sujets tels que les infections nosocomiales, la douleur, etc.

S'agissant des établissements de santé privés, ils ne sont pas soumis à cette réglementation, et sont donc libres de choisir leur mode d'organisation en matière de politique d'alimentation et de nutrition et, plus largement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En outre, dans le décret du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements de santé, la nutrition figure parmi les objectifs d'amélioration de la qualité. Il s'agit d'un levier pour inciter à la généralisation de la prise en compte de la nutrition par les établissements de santé, notamment par la mise en place d'un CLAN.

Pourquoi mettre en place un CLAN ?

La mise en place d'un CLAN au sein d'un établissement de santé répond à plusieurs préoccupations. Elles peuvent être de replacer le consommateur, qu'il soit patient, résident ou personnel de l'établissement, en tant que client d'un processus devant répondre à ses besoins ou encore d'améliorer le fonctionnement transversal d'un processus impliquant le corps médical, les personnels paramédicaux, dont les diététiciens et les agents de restauration. Les chapitres suivants illustrent un certain nombre de raisons identifiées par les professionnels pour créer un CLAN.

Quatre grandes thématiques sont présentées. Après avoir présenté les missions du CLAN, la première s'attache à décrire la transversalité apportée par la mise en place des CLAN en abordant une approche commune à différentes professions, la force de la communication et l'importance de l'alimentation dans le projet hospitalier. Grâce à la conduite d'analyses et de diagnostics, le CLAN peut apporter des réponses concrètes à la prise en charge de la dénutrition ou à l'adaptation de l'apport énergétique aux besoins des patients. Ces aspects sont décrits dans une deuxième partie. La troisième partie donne des exemples d'actions mises en place comme retrouver le plaisir ou différencier les consommateurs. La dernière thématique, de loin la plus importante consiste à ancrer les changements réalisés.

Ses missions

Le CLAN conduit des travaux portant sur l'alimentation et la nutrition. Ces deux aspects sont les éléments clés de la prise en charge des patients et des résidents dans les établissements de santé. Les données statistiques issues des études les plus récentes soulignent un taux de dénutrition important dans les établissements de santé, qu'ils s'agissent des services actifs, où le taux de dénutrition représente 40 % des patients adultes et 20 % des enfants, ou des services d'hébergement où le taux identifié de dénutrition des personnes âgées est de près de 50 %.

Les travaux du CLAN sur la mise en place d'une offre alimentaire permettent par ailleurs de réduire la durée nécessaire au traitement de certaines pathologies, de réduire la durée des traitements médicamenteux et de leurs effets indésirables par une prise en charge nutritionnelle adaptée.

Les missions confiées au CLAN peuvent également porter sur des données stratégiques de l'établissement. Ainsi le CLAN peut prendre en charge un travail sur la codification de la dénutrition dans les actes dans le cadre de la T2A pour les établissements MCO. La T2A étant étendue à 100 % de l'activité des établissements de santé dès l'année 2008, il semble intéressant de codifier la dénutrition pour que cette quantification permette de développer les recettes de l'établissement.

Il est nécessaire de souligner que dans les EHPAD le financeur est le client. A ce titre il est en droit de se voir proposer une prestation et des services de qualité à la hauteur de l'investissement financier qu'il consent.

Le CLAN peut également se positionner sur l'organisation et la qualité de la prise en charge hôtelière, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un élément crucial dans la qualité ressentie par les patients et les résidents.

Le rôle du CLAN est également de donner son avis sur certains travaux au sein de l'établissement lorsque ceux-ci concernent la restauration (restructuration des cuisines, circuits de livraisons, organisation des unités de soins pour la prise des repas, etc.).

Une des missions capitales des CLAN est également la formation continue de tous les professionnels. En effet, la formation permet la sensibilisation et l'adhésion à un projet transversal par une meilleure lisibilité.

Une autre mission des CLAN est la mise en place d'indicateurs, nationaux type COMPAQH ou propres à l'établissement. Ces indicateurs devront être proposés avant et après toute mesure d'amélioration de la qualité.

C'est au CLAN d'organiser la méthodologie du suivi des bonnes pratiques professionnelles (EPP) tant médicales que paramédicales.

Une des dernières missions des CLAN, notamment dans les CHU ou les CHR de grande taille, est la recherche (évaluation, épidémiologie, médico-économique,...).

Pour les professionnels intervenant dans le cadre de la restauration, le CLAN peut être considéré comme une structure relais et légitime permettant d'appuyer des demandes de moyens humains ou financiers à mettre en œuvre pour répondre à des objectifs de qualité.

Au-delà de ces missions, le CLAN décloisonne la fonction alimentation. Il permet de faire que cette fonction soit connue dans ses différentes composantes et contraintes par l'ensemble des interlocuteurs (corps médical, services de soins, agents de restauration) au-delà des préoccupations et langages de chacun.

Mettre en place une approche commune et transversale de la fonction alimentation

La prise en charge nutritionnelle des patients et des résidents est un thème transversal. Les médecins, les personnels paramédicaux dont les diététiciens, les logisticiens et les cuisiniers interviennent chacun à différents stades de la chaîne alimentaire. A ce titre chacun est concerné par la qualité de l'offre alimentaire proposée aux consommateurs de l'établissement. Toutefois, cette complémentarité n'est pas toujours opérationnelle, l'absence de réflexion commune pouvant conduire à une perte d'efficacité de la fonction alimentation.

Développer une approche commune de l'ensemble des acteurs permet de traiter la globalité des rouages de la prise en charge nutritionnelle. La transversalité permet également aux différents services composant ces fonctions de mieux se connaître et ainsi d'intégrer les contraintes des partenaires. Ainsi, le CLAN réunit les personnels des services techniques et logistiques, les personnels paramédicaux, ceux de la direction et les médecins.

Communiquer sur l'alimentation

Le CLAN peut stimuler des campagnes de communication en direction des personnels de l'établissement sur l'importance de la fonction alimentation notamment dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Ainsi la Lettre du Centre Hospitalier de Béthune de juin 2007 diffuse à l'ensemble du personnel de l'établissement une information sur son CLAN, mais aussi sur les actions qu'il mène sur la nutrition et la restauration.

LE C.L.A.N. DU CENTRE HOSPITALIER DE BETHUNE.



1

C'est quoi le C.L.A.N. ?

C'est le Comité de Liaison en Alimentation et en Nutrition présidé par le Dr Cassagnou (gastro-entérologie). Sa mise en place est recommandée dans les établissements de santé depuis la publication d'une circulaire DHOS du 29 Mars 2002 depuis qu'un rapport sur l'alimentation en milieu hospitalier montrait des lacunes importantes sur la prise en charge des problèmes nutritionnels.

Il était noté également l'importance d'augmenter les effectifs des diététiciens, la nécessité d'améliorer la qualité de l'alimentation hospitalière et une insuffisance dans la formation initiale et continue du personnel hospitalier.

Quelles sont ses missions ?

En lien avec la CME, le C.L.A.N. a une triple mission :

- De conseiller pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des malades et améliorer la qualité des prestations d'alimentation - nutrition hospitalière.
- D'encourager les actions pour résoudre tous les problèmes liés à l'alimentation dans les établissements.
- D'assurer une formation continue du personnel hospitalier soit au sein même de l'établissement, soit en coopération départementale ou régionale.

Qui y participe ?

Tous les acteurs liés à l'alimentation des malades, ce qui implique plusieurs responsabilités déjà présentes dans les hôpitaux : les diététiciens, les responsables qualité, des médecins, le responsable du C.L.I.N., le responsable des cuisines et de la restauration, le directeur de l'établissement, des pharmaciens, des infirmières et des aides-soignantes.

Qu'a déjà fait le C.L.A.N. du Centre hospitalier de Bethune ?

Divers enquêtes ont été réalisées : la dénutrition au sein de l'hôpital, la satisfaction alimentaire des patients ainsi qu'une autre de dégustation (en lien avec le Comité de Restauration), la mise en place d'une fiche d'évaluation de la dénutrition des patients hospitalisés, des comités travaillent actuellement sur la nutrition en péri-opératoire, des fiches d'information et un protocole pour la pose d'une sonde de gastrostomie.

Un site intranet a été mis en route (accueil -> espace médical -> comités -> C.L.A.N.) avec des fiches téléchargeables, les comptes-rendus des réunions du C.L.A.N., des liens vers des sites de nutrition.

Le C.L.A.N. du CHB a été l'organisateur des 2èmes journées régionales des C.L.A.N. en Novembre dernier.

Le projet MEAH restauration

Parmi les 40 établissements retenus sur les 160 candidatures, le CHB s'est engagé dans une Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH). Ce projet restauration concerne l'amélioration des prestations de la production au plateau repas.

Les recommandations qui sont déjà à l'origine d'un débat multidisciplinaire sur l'organisation des repas dans les services avec 5 groupes qui travaillent sur la mise en place d'action qualité. Tous ensemble faisons que l'alimentation soit un soin à part entière.

2

La dénutrition à l'hôpital : un fléau

La dénutrition est un état pathologique lié à un déficit d'apport en protéines et en énergie par rapport aux besoins. Elle est endémique à l'hôpital mais elle reste sous-estimée et surtout négligée :

- Sa fréquence à l'hôpital est située entre 30 à 70% selon les services et les pathologies affectant les patients.

- Chez le sujet âgé, elle est estimée à 60%.

- En chirurgie les variations sont importantes : 10 à 40% pour les services d'orthopédie (fractures de hanches), entre 20 et 65% pour la chirurgie générale, 35% pour la chirurgie vasculaire.

- La cancérologie est évidemment très touchée par ce problème lié à l'anorexie fréquente et au catabolisme important : de 14 à 90% selon les cancers.

Notre responsabilité tient au fait que non seulement la dénutrition est souvent négligée mais qu'elle s'aggrave encore au cours de l'hospitalisation (jeûnes fréquents pour divers examens, diminution de l'appétit devant les repas, manque de temps et de moyens pour accompagner les repas des personnes dépendantes, ...).

Pourtant la prise en charge de la dénutrition réduit les complications liées à l'hospitalisation (escarres, infections nosocomiales), réduit le temps d'hospitalisation et diminue les complications post-opératoires. Elle est donc l'affaire de chacun d'entre nous : du médecin bien sûr mais aussi de tout le personnel soignant et de la restauration.

N'oubliez pas : pesez vos patients et toisez-les lorsqu'ils arrivent dans votre service !!! C'est une mesure simple et rapide qui apporte déjà beaucoup d'informations pour une meilleure prise en charge de nos patients ...

Si la première partie de cette communication présente la mission du CLAN et sa composition, elle est complétée dans un second temps par une présentation concrète d'un axe de travail du CLAN. Pour rendre son acceptation plus aisée, cette information repositionne la problématique de la dénutrition par nature de patient et secteur de l'établissement et précise qu'une action simple, toiser et peser, permet d'apporter des informations importantes.

Ce comité peut par ailleurs s'avérer être un outil efficace pour susciter l'intérêt du corps médical et du personnel paramédical sur la fonction alimentation et la prise en charge nutritionnelle.

Comprendre l'importance de l'alimentation dans le projet hospitalier

Les choix stratégiques conduits lors de la restructuration ou de l'évolution de la fonction restauration sont trop souvent guidés par les contraintes de moyens. Face aux données économiques (investissements, charges d'exploitation), les critères de prise en charge nutritionnelle ne sont pas obligatoirement positionnés à leur juste valeur.

Par l'ajout d'une composante médicale et nutritionnelle et non uniquement économique, le CLAN permet d'accompagner les opérations de restructuration en positionnant la prise en charge nutritionnelle en tant que projet prioritaire, mais aussi de clarifier la définition de la prise en charge des patients dans le cadre du projet de vie de l'établissement.

Par ailleurs, le CLAN constitue une entité précieuse pour le recueil et le traitement de données organisationnelles notamment au niveau des services de soins pour identifier la qualité et le coût de la prestation restauration et hôtelière.

Identifier la dénutrition à l'hôpital

La dénutrition des patients et des résidents accueillis dans les établissements de santé est importante. Son

diagnostic, son risque, sa prévention et sa prise en charge ont été désignés comme une priorité dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. Non seulement, la dénutrition est importante à l'admission des patients, mais elle s'aggrave au cours du séjour en établissement de santé. Les causes de ce déficit nutritionnel sont multiples. Elles relèvent de raisons médicales (la maladie elle-même, les traitements, les jeûnes imposés pour certains examens), paramédicales ou logistiques (erreur dans la distribution des repas, erreur sur la quantité de repas commandés par rapport au nombre de patients) dans des proportions diverses selon les situations.

Une quantification de ces phénomènes, issue de l'étude Energie 4+ menée à l'AP-HP, est donnée dans les tableaux suivants.

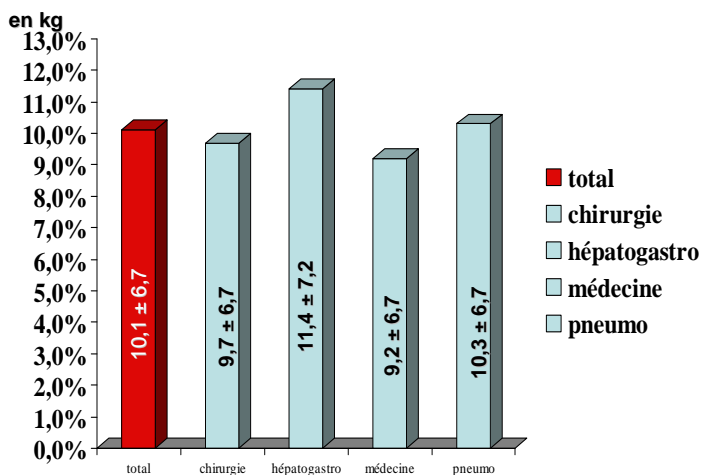
	Patients dénutris IMC < 18,5 (< 65 ans) IMC < 22 (> 65 ans)	Patients normaux 18,5 ≤ IMC < 25 (< 65 ans) 22 ≤ IMC < 25 (> 65 ans)	Patients avec surpoids 25 ≤ IMC < 30	Patients obèses IMC ≥ 30
Hôpitaux adultes (457)	30,2 % (138)	33,3 % (152)	21,4 % (98)	15,1 % (69)
Chirurgie (114)	15,8 % (18)	36,8 % (42)	27,2 % (31)	20,2 % (23)
Gastroentérologie (92)	29,4 % (27)	28,3 % (26)	29,4 % (27)	13,0 % (12)
Médecine interne (127)	43,3 % (55)	30,7 % (39)	15,8 % (20)	10,2 % (13)
Pneumologie (124)	30,7 % (38)	36,4 % (45)	16,1 % (20)	16,9 % (21)

Répartition des patients selon l'I.M.C. (source : Enquête Energie 4 +)

	Dénutris (1) avec perte de poids	IMC Normal (2) avec perte de poids	Surpoids (3) avec perte de poids	Obèse (4) avec perte de poids	Sous-total Perte de poids 2-3-4	TOTAL dénutrition
Hôpitaux adultes (457)	28,3 %	25,7 %	19,4 %	11,6 %	22,9 %	44,6 %
Chirurgie (114)	22,2 %	26,2 %	25,8 %	13,0 %	22,9 %	30,7 %
Gastroentérologie (92)	44,4 %	23,1 %	18,5 %	16,7 %	20,0 %	43,5 %
Médecine interne (127)	20,0 %	20,5 %	15,0 %	15,4 %	18,1 %	53,5 %
Pneumologie (124)	31,6 %	31,1 %	15,0 %	4,8 %	20,9 %	45,2 %

Pourcentage de patients dénutris en raison de la valeur de l'IMC et - ou d'une perte de poids significative (source : Enquête Energie 4 +)

7,0 ± 4,9 7,6 ± 5,2 7,8 ± 4,8 5,8 ± 4,8 6,9 ± 4,7



Niveau de perte de poids en masse et pourcentage (source : Enquête Energie 4 +)

Une des solutions envisageables pour palier ce déficit nutritionnel est d'améliorer l'offre alimentaire. Cependant cette action se révèle souvent complexe à définir et mettre en œuvre. Les travaux du CLAN peuvent alors être un levier important pour formaliser la politique de prise en charge nutritionnelle et la politique hôtelière de l'établissement.

Estimer les besoins protéino énergétiques des patients et surveiller leur consommation effective

La délégation de tout ou partie des composantes de la fonction restauration (approvisionnement, assistance technique, production, logistique, hôtellerie) nécessite la définition de données contractuelles précises. Celles-ci sont réunies dans le cadre d'un cahier des charges permettant de définir les données de la politique de prise en charge nutritionnelle des consommateurs. Au travers d'une présentation des données opérationnelles de cette prise en charge (notion de choix, plans alimentaires, menus, types de préparation des plats, etc.) le cahier des clauses techniques particulières permet de consolider les bases du rapport contractuel entre l'établissement et le prestataire.

A ce titre le CLAN est une entité qui peut piloter le travail de définition et d'évaluation de la politique de prise en charge nutritionnelle servant de fondations à la mise au point du cahier des charges.

Par ailleurs, dans le cas où tout ou partie de la fonction restauration est concédée, le CLAN peut être amené à conduire des études sur la qualité de la prestation réalisée.

Cela a été par exemple le cas du CRRF ANDRE LALANDE (Noth – 23) qui a été amené à comparer la dépense énergétique journalisée du patient hospitalisé au sein de son établissement et l'apport proposé par le prestataire.

Afin d'objectiver une situation perçue, le centre a réalisé une analyse factuelle de la situation. Un accord cadre signé dans le cadre d'une convention d'EHPAD définissait une prestation moyenne de 2000 kcal par jour et par patient, homme ou femme. L'évaluation diététique des apports énergétiques, environ 2000 kcal par jour, était en conformité avec l'accord cadre. Toutefois, il existait des témoignages informels d'insatisfaction de certains patients, par exemple ceux souffrants de lombalgies chroniques. En outre, les patients réalisaient des activités physiques diverses et plus ou moins intenses. Une enquête de satisfaction a donc été mise en œuvre. Elle a affiché un résultat de 35 % de patients satisfaits de la prestation repas. Toutefois, seulement 25 % des patients étaient très satisfaits et 40 % assez satisfaits sur la quantité des aliments servis.

Le constat a donc été qu'il existait une inadéquation entre les apports énergétiques fournis par le prestataire et

les besoins spécifiques du patient. Cette inadéquation variait selon l'âge, le sexe et la pathologie de la personne.

Par l'application de la méthode d'estimation de la Dépense Énergétique Totale (DET) ou Journalière (DEJ) de P. Ritz et C. Couet, la dépense énergétique des patients hospitalisés a été mise en regard des prestations proposées.

Population	DEJ moyenne (kcal)	Moyenne d'âge (ans)
PTG Femmes	2151	68.42
PTG Hommes	2832	70.5
PTH Femmes	2074	78.25
PTH Hommes	2578	73
PTE Femmes	1922	74.2
PTE Hommes	2983	60
Amputés Femmes	2625	61
Amputés Hommes	2490	70.4
Lombalgiques Femmes	3450	53.5
Lombalgiques Hommes	4749	44

* Echantillon non significatif * DEJ en cohérence avec l'accord cadre* DEJ supérieure à 2500 kcal

Cette étude a permis de démontrer qu'il existait une distorsion entre les apports énergétiques fournis et les besoins spécifiques du patient. Cet écart était d'autant plus important chez les hommes (DEJ supérieure à 2500 kcal en moyenne quelque soit l'âge et la pathologie), les patientes atteints de lombalgie chronique, les hommes et femmes bénéficiant d'une APS modérée et intense. Cette analyse a conduit à une révision du contenu des prestations proposées et une meilleure prise en compte des besoins nutritionnels des patients.

Retrouver le plaisir de manger tout en maîtrisant les coûts

La restructuration de la fonction restauration d'un établissement de santé peut induire le rapprochement avec une ou plusieurs autres entités. Ce type de mutualisation implique la mise en œuvre de politiques de prise en charge nutritionnelle coordonnées. Le CLAN permet, dans ce cadre, d'harmoniser et d'apporter une cohérence dans l'offre alimentaire proposée à l'ensemble des consommateurs des établissements.

L'exemple de l'Hôpital Local Intercommunal 3H SANTE (Cirey sur Vezouze 54) est intéressant à ce titre. Hôpital Local Intercommunal issu de la fusion de trois établissements situés en zone rurale, 3H SANTÉ est un établissement à vocation principalement gériatrique qui s'est doté en 2006 d'une cuisine centrale et de trois cuisines relais, une sur chacun des trois sites que compte l'établissement. La mise en place de ce nouvel outil de production s'est accompagnée d'un changement qualitativement difficile à maîtriser : la liaison chaude s'est transformée en liaison froide à J + 3, ce qui a engendré une baisse au niveau de la satisfaction des patients et résidents de l'établissement. Or, face à une population âgée pour laquelle le repas rythme la journée, la satisfaction constitue un enjeu majeur. Confronté comme les autres établissements de santé à la nécessité de maîtriser ses coûts, l'hôpital a par ailleurs eu recours à un prestataire unique pour la fourniture des matières premières et autres denrées alimentaires.

N'oublions pas cependant que la vocation de tout établissement de santé est de soigner et que la nutrition est un acte de soin. Or, si les médecins intervenant dans l'établissement étaient vigilants quant aux nécessaires adaptations de l'alimentation à l'état de santé de leurs patients, rien n'était formalisé à ce sujet au niveau institutionnel et les pratiques étaient très hétérogènes.

Enfin, la fonction restauration est constituée d'un enchaînement de tâches assurées par des agents aux métiers différents et dans des lieux distincts mais spécifiques et répondant à des règles d'hygiène communes.

Fort de ces constats, 3H SANTÉ a décidé de relever le défi : concilier les enjeux liés non seulement à la qualité

et au plaisir, donc à la satisfaction, mais également à la maîtrise des coûts ainsi qu'à l'approche de la nutrition comme acte de soin et enfin au respect de l'hygiène alimentaire.

La diversité des critères d'approche possibles du projet d'amélioration de la fonction restauration a justifié la mise en place d'actions selon trois axes principaux :

1. Formaliser la politique alimentaire et nutritionnelle de l'établissement :
 - Le CLAN a été créé,
 - Inspiré principalement du PNNS, du GEMRCN et de l'avis 53 du Conseil National de l'Alimentation portant sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques et complété des fiches techniques définissant les régimes et textures pouvant être prescrits, le projet de politique alimentaire et nutritionnelle a été validé par les instances de l'établissement, dont la CME (tous les médecins intervenant à 3H Santé en sont membres).
2. Optimiser la fonction restauration pour une rationalisation des coûts :
 - Des tableaux de bord ont été créés afin, d'une part, de mettre en adéquation commandes et distribution, d'autre part de mieux suivre la facturation.
3. Faire en sorte que l'alimentation reste un plaisir :
Très vaste, cet axe a été découpé selon 3 orientations :
 - 3.1. Maintien ou régénération du plaisir de manger à travers :
 - Gestion et respect des aversions, diversification de la gamme des constantes proposées,
 - Réflexion autour de la possibilité de proposer des aliments enrichis et des textures modifiées « maison »,
 - Renforcement de l'animation autour des repas par la réalisation de menus à thèmes.
 - 3.2. Mise en place d'un système de dégustation des mets en sortie de production d'une part et dans les conditions patient d'autre part, le tout avec une grille d'évaluation commune.
 - 3.3. Respect de l'hygiène alimentaire :
 - Mise en place d'un système documentaire HACCP dans les offices alimentaires,
 - Désignation de « référents alimentaires » volontaires dans les services,
 - Formation des agents à l'hygiène alimentaire.

A l'issue des travaux, les patients mangent mieux avec une gamme de constantes élargie, un système de recueil des aversions formalisé et des repas à thèmes plus fréquents ; la restauration a redoré son blason avec un taux de satisfaction en augmentation !

L'établissement soigne mieux grâce à la politique alimentaire et nutritionnelle, véritable ligne de conduite institutionnelle, dans laquelle les régimes et textures ont fait l'objet d'un consensus.

Les managers gèrent mieux, les tableaux de bord élaborés permettant notamment une meilleure lisibilité des factures au regard des commandes, donc une plus grande réactivité en cas d'écart.

Différencier les consommateurs et leur proposer un menu adapté

La création d'un CLAN peut être nécessaire pour mettre en place une politique nutritionnelle validée par le corps médical et par la direction d'établissement. Dans ce contexte, la pluridisciplinarité des membres constituant le CLAN permet d'intégrer l'ensemble des composantes de la fonction alimentation et d'aborder la problématique nutritionnelle dans sa globalité.

Par exemple, le Centre Hospitalier d'Albertville Moutier a lancé une action visant à différencier la politique de prise en charge alimentaire des patients, résidents et personnels, dans le cadre de la couverture des besoins nutritionnels de chaque type de consommateurs.

Pour conduire cette action, six étapes ont été définies :

1. Mettre en place le groupe chargé de l'action
2. Déterminer les différents segments de consommateurs
3. Déterminer l'offre alimentaire
4. Définir le rôle de l'outil informatique dans le cadre de l'offre alimentaire
5. Valider en termes de faisabilité technique et économique l'offre alimentaire
6. Valider l'offre alimentaire

Le groupe chargé de la conduite de cette action était composé du médecin chef du service de gériatrie, du cadre supérieur de santé du service de gériatrie, de deux diététiciennes, d'une aide soignante d'un service de médecine, d'un cadre de santé d'un service de chirurgie, du responsable restauration, du responsable de la cuisine ainsi que du directeur des services économiques, travaux et équipements. La composition de ce groupe était ainsi très proche de celle d'un CLAN.

Pour déterminer les différents segments de consommateurs, le champ de l'étude a été précisé. Il portait uniquement sur les patients et les résidents. La restauration des personnels a été exclue du périmètre. Les éléments permettant de caractériser les segments de consommateurs étaient les populations de consommateurs, le nombre et la localisation des consommateurs, leurs pathologies associées et leurs tranches d'âges. Des extraits des données recueillies dans le cadre de cette seconde étape sont donnés ci-dessous.

- | CHIRURGIE-ORTHO : | CHIRURGIE VISCERALE | MEDECINE |
|--|--|--|
| - Régime normal peu salé - peu gras - calcium++ avec des fibres en cas de fracture de bassin ou colonne vertébrale | - Régime normal peu salé - peu gras | - Régime normal peu salé - peu gras |
| - Régime diabétique | - Régime hépatique (sans graisse) strict | - Quelques régimes sans sel strict à 2G |
| - Régime sans sel strict si besoin | - Régime normal léger en post-opératoire (reprise progressive) | - Régime hypocalorique = non |
| | - Régime sans résidu strict pour préparation examens | - Régime hyper protidique pour sevrage = non |

En parallèle, un bilan des durées moyennes de séjour (DMS) par tranches d'âge a été conduit sur l'activité MCO de l'établissement.

DMS	Tranche âge	Pourcentage
+ 10 Jours	+ 69 ans	18%
+ 10 Jours	- 69 ans	10%
5 à 10 jours	+ 69 ans	6%
5 à 10 jours	- 69 ans	15%
de 0 à 5 jours	+ 69 ans	9%
de 0 à 5 jours	- 69 ans	42%

A l'issue de ces enquêtes et d'un travail d'élaboration de solutions appropriées, le CLAN a validé :

- le choix de deux plans alimentaires : adulte jeune hospitalisé et senior avec un menu pédiatrie décliné à partir du menu adulte jeune,
- les apports nutritionnels définis pour les différents types de convives,
- les rendez-vous alimentaires et leurs contenus pour les différents types de consommateurs,
- le plan alimentaire « adulte jeune » ainsi que la politique des potages et flans enrichis pour compléter l'apport protidique de certains menus sur le plan alimentaire « senior »,
- un cycle de menus sur trois saisons selon le calendrier suivant :
 - o juin, juillet, août, septembre : menus été, adaptés au plan canicule,
 - o octobre, novembre, décembre, janvier,
 - o février, mars, avril, mai.

Sept menus ont été définis :

- Menu normal
- Menu diabétique standard
- Menu sans sel 2 g
- Menu sans graisse (hypo lipidique)
- Menu sans résidu strict
- Menu épargne digestive
- Menu hypocalorique (sans graisse, sans sucre)

Ils ont donné naissance à des menus détaillés dont un extrait est donné ci-dessous.

MENU Automne MCO Semaine 6

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Salade de haricot beurre/ciboulette	Avocat sauce crevettes	Salade de tomate mozarella	Poireaux vinaigrette	Carottes rapées	Concombre à la bulgare	Thon mayonnaise
Cote de porc sauce moutarde	Cuisse de lapin sauce marchand de vin	Sauté d'agneau	Paleron de bœuf braisé	Filet de merlu sauce citronné	Cassoulet(Jambonneau, cervelas, strasbourg)	Roti de veau sauce au poivre
Choux fleurs sautés	Macaronni	Purée de pomme de terre	Haricots plats d'Espagne	Rizotto/petit pois	Haricot blanc lingot	Endives braisées
Mini roitelet	Petit suisse nature 60 grs	Yaourt nature	Coulommier	Chanteneige	Fromage blanc en faisselle	Chèvre
Fruit cru	Pêche au sirop	Salade de fruit du verger	Fruit cru	Fromage blanc vanille	Segments de clémentine	Tarte au citron meringuée
SOIR	SOIR	SOIR	SOIR	SOIR	SOIR	SOIR
Salade de mache	Asperges vinaigrette	Terrine de savoie myrtilles/cornichon	Céleri rémoulade	Champignons à la grecque	Salade de betteraves rouges	Salade verte
Filet de poisson meunière	Steack haché sauce tomate	Filet de colin sauce oseille	Roti de porc au jus	Œufs durs sauce tomate	Paupiette de dinde	Lambshop sauce curry(gigot)
Pomme de terre lyonnaise	Salsifis au beurre	Carottes vapeur + persil	Pomme de terre à l'anglaise + persil	Duo de courgette au persil	Epinard à la crème	Coquille au beurre
Emmental	Bonbel	Cantal	Bleu	Beaufort	Edam	Saint nectaire
Flan citron	Fruit cru	Clafoutis aux griotes	Ananas au sirop	Fruit cru	Fruit cru	Fruit cru

Ancrer des actions de changement organisationnel

Si durant le projet, des groupes de travail ad hoc sont mis en place, garants tant de la maîtrise du projet que des impacts sur la qualité des prestations offertes aux convives, il est nécessaire d'assurer la pérennité des solutions mises en œuvre. A ce titre, le besoin d'un CLAN émerge fréquemment comme structure pérenne et transversale. Ainsi, lors des chantiers conduits dans le cadre du dispositif d'appui à l'organisation de la fonction restauration proposé par la MeaH, les établissements voient souvent le CLAN comme une prolongation et un élément de pérennisation des actions mises en œuvre. Quelques verbatims d'établissements accompagnés par la MeaH en 2006 sont donnés ci-dessous.

- « Les risques concernent principalement le maintien dans le temps de l'horaire décalé du dîner et sont surtout liés à la perte de la dynamique créée par les groupes de travail qui prendront fin avec la fin de la mission MeaH. Un glissement progressif vers les anciennes pratiques est à redouter. La création du CLAN devrait permettre d'assurer le suivi et d'éviter cet écueil. » Hôpitaux Locaux R. Le Hérissé et Saint Brice d'Antrain (35)
- « La pérennisation du CLAN est liée au maintien de la dynamique actuelle autour de la fonction restauration et il n'existe malheureusement pas de recette pour éviter l'effet « soufflé » ! » l'Hôpital Local Intercommunal 3H SANTE de Cirey sur Vezouze (54)
- « Le projet a permis d'institutionnaliser le tableau de bord cuisine comme outil de pilotage de l'activité et de créer un CLAN dynamique qui pourra porter d'autres projets et évaluer en continu la prestation restauration » Centre Hospitalier L. Jaillon de Saint Claude (39).

Comment mettre en place un CLAN ?

Les pré requis à sa mise en place

Il n'existe pas de pré requis spécifique à la création d'un CLAN. Néanmoins chaque établissement de santé, quelle que soit sa taille, doit assurer la prise en charge nutritionnelle des patients ou des résidents. A ce titre, il est essentiel que la direction, les médecins, l'encadrement soignant et les diététiciens s'interrogent sur la performance de l'offre alimentaire. En cas d'absence de diététiciens sur l'établissement, il est nécessaire d'envisager des vacations ou une mutualisation de diététicien avec un autre établissement.

L'action initiale porte alors sur la nécessité de conduire une analyse sur la performance de la prise en charge nutritionnelle des patients ou des résidents au travers d'éléments objectifs tels que la présence d'outil de pesée, l'existence de procédures d'identification des patients dénutris, l'exploitation de protocoles de prise en charge de la dénutrition ou encore sur les moyens à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes identifiés.

Des méthodologies de mise en place

Il n'existe pas de procédure type pour créer un CLAN et pour qu'il assure la conduite de ses travaux. Néanmoins, il est possible de proposer une méthode adoptée par de nombreux établissements. Elle se compose de sept étapes majeures :

1. Initier le projet
2. Conduire les premiers pas du CLAN
3. Allouer des ressources humaines
4. Présenter le projet CLAN
5. Structurer le CLAN
6. Conduire la première réunion
7. Planifier les travaux

Une action continue et parallèle à ces sept étapes correspond à la communication à mettre en place autour du projet.

Chacune de ces étapes est détaillée dans les paragraphes suivants.

Initier le projet

Une première initiative locale lance un travail commun et transversal sur la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents. Elle est portée par l'un des professionnels suivants : membre de la direction de l'établissement, membre du corps médical, diététicien ou acteur de la fonction restauration. Quelle que soit l'entité prenant l'initiative, il est essentiel que les bonnes volontés se complètent pour conduire ce projet.

Cette étape permet également d'identifier les personnes ressources qui constitueront ultérieurement le CLAN. Ce doivent être des personnes motivées qui assureront un fort leadership lors de la phase suivante. Ces personnels peuvent être issus de fonctions diverses dans l'établissement et devront assurer une dynamique de projet permettant d'aboutir à la mise en place de travaux sur la qualité de la prise en charge nutritionnelle.

A cet égard, les établissements publics de santé se référeront en particulier aux articles R 6144-30-5 et R 6144-30-7 du Code de la santé publique relatifs respectivement à la composition et à la présidence des sous-commissions de la CME (cf. Annexe 3).

Conduire les premiers pas du CLAN

Les premiers travaux peuvent être conduits sans que le CLAN soit officiellement mis en place. Il est également possible que la CME missionne un groupe pour débiter une réflexion qui conduira à la mise en place d'un CLAN ou à la prise en compte de la nutrition au sein d'une sous-commission en charge de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette émergence conduite de manière informelle peut permettre de faire naître le besoin de confier par la suite, des travaux à une entité constituée telle que le CLAN. Les problématiques nutrition et restauration rencontrées devant faire l'objet d'une étude sont identifiées. Les thèmes pouvant être traités par le CLAN sont définis.

Allouer des ressources humaines au CLAN

Cette étape essentielle vise à identifier les membres potentiels du CLAN. Elle structure une réflexion sur la composition possible du bureau du CLAN.

Présenter le projet CLAN

Le projet est présenté à la direction de l'établissement puis aux partenaires concernés. Il fait notamment l'objet d'une présentation en Commission Médicale d'Etablissement.

Structurer le CLAN

Cette structuration est conduite par la mise au point du projet de règlement intérieur et par un appel à candidature afin d'identifier les membres du CLAN. Suivant les retours des établissements ayant mis en place un CLAN, cette étape peut être vécue comme un pré requis à l'action : il faut structurer le CLAN puis lancer des actions. D'autres établissements préfèrent fonctionner avec un groupe, informel mais motivé, d'acteurs moteurs sur le sujet, quitte à formaliser les modes de fonctionnement du CLAN quelques années plus tard. L'objectif est alors de privilégier la conduite d'actions concrètes à la mise en place d'une instance passive.

Toutefois, s'agissant des établissements publics de santé, la composition des sous-commissions de la CME est soumise aux principes définis à l'article R 6144-30-5 du Code de la santé publique. Elle comprend des membres de droit, des représentants de la CME, un collège d'experts et des représentants du CTE et du CHSCT. Par ailleurs, tout groupe qui voudrait jouer un rôle d'incitation en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins doit s'intégrer à la sous-commission de la CME spécialisée sur ces sujets.

Conduire la première réunion

Les membres du CLAN sont réunis pour une première session afin de mettre en place les modalités de fonctionnement. Lors de cette première réunion la définition de leur rôle est explicitée par l'adoption du règlement intérieur. Cette première session peut permettre l'attribution des fonctions composant le bureau, voire l'élection des membres du bureau.

Pour les établissements publics de santé, les textes prévoient que le président et le vice président de chaque sous-commission de la CME sont désignés par le président de la CME.

Planifier les travaux

Un plan d'actions pluriannuel doit être bâti par les membres du CLAN afin de définir et planifier les travaux à mener. Ce plan d'action doit être cadré dans le temps au moyen d'un calendrier prévisionnel de conduite des études et de remise des travaux. Les différents contributeurs aux actions sont également définis.

Il est important de noter que le CLAN n'est qu'une instance d'impulsion et de suivi. C'est elle qui va définir les orientations des travaux et s'assurer de la réalisation effective des actions envisagées. Il ne lui appartient pas de conduire tous les travaux. Pour cela, elle s'appuie sur des groupes de travail ad hoc.

Assurer la communication

Une phase de communication active doit accompagner la mise en place du CLAN. Cette phase est incontournable et représente un temps de travail important. Suivant l'entité à l'initiative du besoin de CLAN, notamment s'il s'agit d'acteurs de la restauration, l'adhésion pourtant nécessaire de la CME peut être difficile à obtenir. Il est donc important de s'appuyer sur des actions de communications ciblées à destination des médecins de l'établissement.

La phase de communication peut également inclure une phase active de justification du besoin d'un CLAN. Cette campagne peut ainsi se fonder sur la conduite d'enquêtes sur des aspects basiques de la prise en charge nutritionnelle comme la pesée systématique des patients. Entre les retours des professionnels qui justifieront que cette action est systématiquement conduite et un inventaire des balances et toises dans les services de soins et l'identification quantitative et qualitative des patients qui ont réellement une prise en charge systématique de leurs risques nutritionnels, une phase pédagogique peut être mise en œuvre et servir de révélateur pour le personnel paramédical mais aussi médical. Si ces sujets charnières soulignent les limites de la prise en charge des patients, ils ne sont en rien conflictuels et présentent un bilan pouvant faire l'objet de l'adhésion du corps médical, des services de soins et de la direction de l'établissement. Les réponses alimentent la décision de mise en place d'une organisation transversale travaillant sur le thème de la prise en charge nutritionnelle des patients. C'est au cours de cette étape que l'adhésion des entités, CME notamment, doit être envisagée.

L'initiateur du projet

L'initiative de la constitution d'un CLAN peut revenir à un cadre diététicien, motivé par ce projet transversal inhérent à sa fonction, au corps médical, à la direction, à la direction des services de soins ou encore au responsable de la restauration.

Cette initiative est souvent conjoncturelle. Elle peut être liée à la nécessité de résoudre des problématiques de non qualité identifiées au sein de l'établissement (déploiement de la démarche HACCP jusqu'au lit du patient, insatisfaction des patients) ou à l'impulsion d'acteurs tiers (réserves formulées lors d'une certification HAS, demande de l'ARH, inscription à un chantier de la MeaH).

Le calendrier de mise en place

Comme nous venons de le voir, la mise en place du CLAN peut passer par des étapes consensuelles, permettant de mobiliser les acteurs de la fonction restauration. Les premiers travaux conduits de manière moins formelle permettent d'affirmer la nécessité de disposer d'un CLAN. Dans ce cadre, la mise en place d'un CLAN est un projet qui peut durer environ 5 à 6 mois.

Exemples de mise en oeuvre

Six exemples de démarches mises en œuvre dans des établissements accompagnés par la MeaH sont donnés ci-dessous.

Etablissement 1	Etablissement 2
<p>Objectifs poursuivis :</p> <ul style="list-style-type: none"> Définir et valider les moyens pour mettre en place une prise en charge hôtelière des patients Mettre en application la circulaire du 19-03-2002 	<p>Objectifs poursuivis :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apporter des solutions à une politique hôtelière débutante, une faible implication de la communauté médicale en matière d'alimentation – nutrition Prendre en compte les recommandations de la DHOS, de la HAS et du PNNS 2 Améliorer la prise en charge des patients et des personnes accompagnantes tant en termes de satisfaction qu'en termes de nutrition et d'hygiène Avoir une offre alimentaire et nutritionnelle cohérente entre les deux sites Homogénéiser les connaissances nutritionnelles très hétérogènes entre les services Prendre en compte la nutrition comme un soin à part entière
<p>Composition de l'équipe projet chargée de la mise en œuvre du CLAN</p> <ul style="list-style-type: none"> Médecin, diététicien, chargé de la qualité, cadre de santé, IDE, infirmière hygiéniste, aide soignante et responsable de la restauration 	<p>Composition de l'équipe projet chargée de la mise en œuvre du CLAN</p> <ul style="list-style-type: none"> Un médecin, deux cadres de santé, un diététicien, deux cuisiniers et le responsable des Services Economique et Logistique
<p>Démarche mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> Prendre contact avec des établissements ayant déjà mis en place un CLAN Définir la composition du CLAN Définir les statuts Fixer le calendrier des réunions du CLAN Formaliser les modalités de mise en œuvre de la politique hôtelière en construisant le plan d'actions et ses modalités de suivi, mais aussi en établissant la répartition des tâches dans le cadre des charges de travail liées à la restauration entre les personnels des services de soins et les personnels logistiques (restauration, moyens généraux) Définir les modalités de mesure de la dénutrition Assurer une communication générale et plus ciblée pour les médecins 	<p>Démarche mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire le bilan des actions à entreprendre ou à poursuivre auprès de tous les services concernés Etablir une proposition de politique hôtelière découlant directement de l'état des lieux et du projet d'établissement Identifier une structure et les moyens humains nécessaires à la mise en œuvre du CLAN et son fonctionnement Créer les statuts, définir le rôle et les missions du CLAN ainsi que les moyens alloués Faire valider le projet par l'établissement Organiser une réunion d'information et un lancement en y associant tous les acteurs Réaliser la première réunion du CLAN
<p>Délai de mise en place du CLAN</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 mois 	<p>Délai de mise en place du CLAN</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 mois

Etablissement 3	Etablissement 4
Objectifs poursuivis : <ul style="list-style-type: none"> Formaliser la politique alimentaire et nutritionnelle de l'établissement 	Objectifs poursuivis : <ul style="list-style-type: none"> Apporter des solutions aux problèmes liés à la distribution des repas Mettre en place l'HACCP jusqu'au lit du patient
Composition de l'équipe projet chargée de la mise en œuvre du CLAN <ul style="list-style-type: none"> Membres de la direction de la qualité, de la CME, des services de soins, de la restauration et de la diététique 	Composition de l'équipe projet chargée de la mise en œuvre du CLAN <ul style="list-style-type: none"> Directeur des soins et du directeur adjoint chargé des Services Economiques
Démarche mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Créer le CLAN Réaliser un inventaire exhaustif des régimes et textures Elaborer des fiches techniques régimes – textures Faire valider les travaux par le CLAN 	Démarche mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Analyser les différentes organisations possibles Proposer les organisations à la direction et au corps médical Etablir un protocole de fonctionnement
Délai de mise en place du CLAN <ul style="list-style-type: none"> 7 mois 	Délai de mise en place du CLAN <ul style="list-style-type: none"> 5 mois
Etablissement 5	Etablissement 6
Objectifs poursuivis : <ul style="list-style-type: none"> Définir une politique nutritionnelle 	Objectifs poursuivis : <ul style="list-style-type: none"> Contribuer à l'amélioration qualitative et nutritionnelle des repas Créer une dynamique et une communication entre les services de soins et la restauration
Composition de l'équipe projet chargée de la mise en œuvre du CLAN <ul style="list-style-type: none"> Membres du corps médical désignés par le président de la CME, de membres désignés par la DSSI, du responsable de l'unité de restauration, du représentant de l'unité diététique, de soignants, de représentants des personnes exerçant la fonction hôtelière dans les unités et de représentants des usagers 	Composition de l'équipe projet chargée de la mise en œuvre du CLAN <ul style="list-style-type: none"> Une diététicienne, des médecins qui seront définis au cours d'une CME, un membre de la cellule qualité, le responsable de la restauration et deux personnes de la DSSI
Démarche mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> Informar la CME et la commission des soins infirmiers Créer un groupe de travail Informar le président de la CME et le DSSI après l'appel à désignation Animer des réflexions sur les besoins en prise en charge nutritionnelle et alimentaire Institutionnaliser le CLAN auprès des instances (CME, commission des soins) 	Démarche mise en œuvre
Délai de mise en place du CLAN <ul style="list-style-type: none"> 6 mois 	Délai de mise en place du CLAN

De la commission des menus au CLAN...

Dans un établissement de santé, la restauration peut s'appuyer sur diverses commissions. Il peut ainsi s'agir de commission de menus (annexes 9 à 11) ou de commission d'évaluation de la qualité de la restauration des patients, de la restauration des personnels, etc. Ces différentes commissions peuvent-elles servir de base pour la création d'un CLAN ?

Un premier élément de réponse est donné par la taille de l'établissement. Ainsi, les établissements de taille importante peuvent assurer la mise en place et la gestion de deux types de commissions :

1. Le CLAN qui est chargé d'aborder le thème de l'alimentation au travers de la performance nutritionnelle et en tant qu'organe de pilotage d'études spécifiques, de traitement des résultats et d'émission de préconisations. Le CLAN est également une instance pouvant impulser des orientations stratégiques.
2. La commission des menus qui est chargée de traiter de l'évolution des menus, tout en respectant l'équilibre alimentaire, du ressenti des patients et résidents dans le cadre de la participation à ces commissions des représentants de usagers. Cette structure est destinée à prendre en charge l'aspect opérationnel du fonctionnement de la restauration.

Les établissements de faible taille pourront lier les deux niveaux d'analyses en une seule commission. Dans ce cadre, le CLAN élargit son champ de compétences pour s'adapter aux moyens de l'établissement.

Les établissements de grande taille exploiteront les capacités spécifiques de chacune des instances.

Les facteurs de succès de la mise en place

La mise en place d'un CLAN doit être le fruit d'une volonté pluri professionnelle. Les modalités d'optimisation de la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents doivent en être le moteur principal : du service de soins au service restauration avec la volonté partagée d'assurer une qualité alimentaire et nutritionnelle optimale.

Au-delà de ce premier objectif, une volonté institutionnelle portée tant par la direction de l'établissement que par le corps médical est cruciale pour concrétiser la mise en place d'un CLAN. Il est alors nécessaire que l'ensemble des professionnels concernés par la fonction alimentation soit représenté au CLAN : personnels médicaux, paramédicaux, agents de la restauration.

Une phase de communication active accompagne la mise en place du CLAN. Cette phase est un incontournable représentant un temps de travail préparatoire important. Les professionnels ayant mis en place un CLAN s'accordent pour définir une durée d'environ six mois de travail de communication.

Pour faciliter l'adhésion des différents professionnels au projet, il peut être nécessaire de procéder par étapes. Ainsi, une approche progressive du sujet de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents peut constituer un socle de départ fédérateur. Les premiers éléments mis en place peuvent être une simple campagne de calcul des IMC complétée éventuellement par une identification de l'albuminémie des patients et résidents. Les résultats de cette campagne d'évaluation permettent éventuellement de justifier la mise en place d'un travail de réflexion structuré sur la nutrition et la restauration. De même, les travaux peuvent être conduits par une commission ou un groupe projet restreint qui sera ensuite progressivement structuré sous la forme d'un CLAN.

Afin d'assurer un fonctionnement correct du CLAN, les membres du CLAN ne doivent pas réaliser les travaux lors des réunions de CLAN. Le CLAN est une instance d'impulsion qui s'appuie sur des contributeurs. Ceux-ci peuvent toutefois être membres du CLAN. Le principe est alors que le CLAN définisse une politique et le calendrier de travail sur un horizon de un à deux ans. Les travaux sont alors réalisés par des groupes de travail ad hoc composés de personnes de différentes catégories professionnelles. Les résultats des travaux menés sont validés par le CLAN en réunion plénière.

La composition du CLAN doit intégrer un représentant de la direction afin de donner du poids aux travaux menés. La présence d'un représentant de la direction permet également de faire aboutir les décisions du CLAN en allouant les moyens nécessaires.

Dans le cadre de l'évolution organisationnelle de janvier 2007 où le CLAN devient une sous-commission de la CME, la DHOS précise que le directeur de l'établissement est membre de droit de toutes les sous-commissions de la CME. A ce titre, il fait partie du CLAN.

La mise en place d'un règlement du CLAN ne représente pas une garantie en termes de performance. Toutefois, il est nécessaire à court ou moyen terme de formaliser le travail de cette structure. Pour cela, la rédaction d'un règlement intérieur est nécessaire. Le règlement intérieur n'est pas nécessairement un document très long.

Les facteurs d'échecs de la mise en place

La création d'un CLAN peut être vécue comme une nouvelle mobilisation de professionnels déjà largement mis à contribution par la participation à la vie de l'établissement. Ainsi, le CLAN peut être ressenti comme une commission de plus et jugé non nécessaire par la direction ou par le corps médical. Il convient alors de bien préciser le rôle du CLAN et son périmètre d'action. S'il existe déjà une instance similaire dans l'établissement, plutôt que de superposer les deux comités, il est préférable de redéfinir le périmètre de l'instance existante. C'est notamment le cas des commissions de menus qui peuvent être des précurseurs de CLAN. Par ailleurs, il convient de s'assurer de l'implication du corps médical³.

³ Le corps médical devrait être nécessairement impliqué dans la création d'un CLAN par le rattachement du CLAN à la CME (cf. annexes 2 et 3)

Dans d'autres situations, la nature de l'activité de l'établissement peut être un frein à la mise en œuvre d'un CLAN. Ainsi, dans les établissements MCO où la DMS est courte ou pour les établissements de santé mentale pour lesquels la nutrition et l'alimentation ne sont pas toujours considérées comme des thèmes majeurs, la mise en place d'un CLAN est alors d'autant plus complexe qu'il est difficile de mobiliser les décideurs. En revanche, la mobilisation sera plus aisée dans les services de gériatrie ou les établissements à DMS longue.

L'absence d'investissement du corps médical est un phénomène fortement limitant pour la création du CLAN mais aussi pour assurer sa pérennité. Cette situation est d'autant plus sensible dans les établissements s'appuyant sur une forte participation de médecins de ville ou de médecins à temps partiel. En effet, tant leur implication dans la vie de l'établissement que leur sensibilisation à la nutrition des patients peut être limitante.

Un autre écueil pour créer un CLAN peut être d'une part l'absence de connaissance de cette instance : modalités de fonctionnement, rôle et attribution, axes de travail. Il est alors nécessaire de s'appuyer sur des actions de sensibilisation, de communication et de formation pour assurer l'adhésion puis l'implication progressive des professionnels. Il peut d'autre part s'agir d'absence d'expertise diététique liée à l'absence de diététicien.

En dernier lieu la mise en place d'un CLAN implique un choc culturel important qui concerne le mode de fonctionnement de l'établissement. En effet, il induit un travail réellement transversal, au-delà des clivages des organisations et des corps professionnels. Pour bien fonctionner, il doit pouvoir compter sur l'implication et la motivation des acteurs qui le composent et dépasser les querelles entre soin et logistique.

Le CLAN est certes un comité transversal composé des différents professionnels intervenant dans le processus d'alimentation des patients, mais il ne faut pas qu'il devienne une assemblée sans pouvoir de décision. Ainsi, le nombre de membres du CLAN doit être limité par soucis d'efficacité. De même, il ne faut pas qu'une des fonctions représentées dans le CLAN monopolise, voire s'approprie, le fonctionnement du CLAN.

A cet égard, la réglementation prévoit que la composition de la ou des sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins telles que le CLAN, ainsi que leurs règles d'organisation et de fonctionnement soient fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

Actuellement, la mise en place des CLAN semble plus complexe compte tenu des contraintes et obligations des établissements de santé (T2A, nouvelle gouvernance).

Les 10 atouts indispensables pour mettre en place un CLAN

Les 10 éléments requis pour réussir la création d'un CLAN sont :

1. Prendre le temps d'expliquer et de convaincre
2. Un noyau d'acteurs de bonne volonté
3. Une dynamique
4. Une direction motivée
5. Un médecin impliqué
6. Une volonté de travailler en commun et en transversal
7. Mettre en place des projets simples et non conflictuels
8. Ne pas avoir un métier (médical, soin infirmier, soin diététique, restauration, etc.) qui fasse du CLAN « sa chose »
9. Partager l'approche « Le repas fait partie du soin »
10. Des relais dans les directions

Comment fonctionne un CLAN ?

Au-delà des règles de fonctionnement décrites dans les nouveaux textes réglementaires (cf. annexes 2 et 3), il est intéressant de mettre en exergue un certain nombre d'éléments issus de réunions d'échanges avec des professionnels de terrain.

Ce chapitre abordera la composition du CLAN en présentant la valeur ajoutée apportée par les différents métiers impliqués. Des exemples issus d'une dizaine d'établissements permettront d'appréhender le nombre et l'origine des acteurs d'un CLAN.

Des points plus opérationnels tels que la fréquence de réunions et le contenu du règlement intérieur seront également illustrés.

Sa composition

Si la composition et le nombre de membres du CLAN doivent être adaptés à la taille de l'établissement, à son activité, à sa localisation géographique et à ses moyens, il est nécessaire que l'ensemble des personnels concernés par la fonction restauration soit représenté.

Le corps médical

Les travaux menés par le CLAN portent notamment sur la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents. A ce titre la question de la sensibilité des acteurs de la fonction restauration en général et du corps médical en particulier est importante. Il est essentiel de souligner qu'il n'existe pas de formation initiale en nutrition dans le cursus de formation des médecins à l'exception de la gériatrie et de la pédiatrie. Mais il n'est pas nécessaire que les médecins du CLAN aient suivi une formation complémentaire de nutrition pour participer au CLAN. Ainsi, un médecin sans formation ou spécialisation en nutrition, mais motivé peut être un animateur performant.

Dans le cas d'établissements de santé positionnés sur certaines spécialités où la nutrition ne semble pas représenter une donnée majeure, il peut être complexe mais possible de susciter l'intérêt du corps médical. Ainsi dans les établissements psychiatriques, les médecins psychiatres peuvent être impliqués dans un CLAN en développant le lien entre la nutrition et certaines pathologies telles que l'anorexie mentale, ou encore le rapport entre la nutrition et les effets des médicaments neuroleptiques.

Il est important de souligner que la représentation du corps médical dans le CLAN est essentielle quelle que soit l'activité de l'établissement. La présidence du CLAN est généralement assurée par un médecin. Dans certains établissements, une représentation importante du corps médical existe dans le CLAN. Dans ce cas, le CLAN peut accueillir outre le président de la CME, membre de droit dans un établissement public depuis la nouvelle réglementation de 2007, plusieurs chefs de service dont la spécialité implique la mise en place d'une prise en charge nutritionnelle particulièrement adaptée.

S'agissant des établissements publics de santé, les textes prévoient d'ailleurs parmi les membres médicaux un collège de praticiens désignés par la CME en son sein ainsi que des médecins experts appartenant à un collège d'experts pluri professionnels (médecins, paramédicaux et autres).

La direction de l'établissement

Dans les établissements publics, le directeur de l'établissement est membre de droit du CLAN ou de la sous-commission spécialisée de la CME chargée de l'ensemble des thèmes relatifs à la qualité et la sécurité des soins, incluant l'alimentation et la nutrition.

L'implication d'un représentant de la direction dans un CLAN permet d'apporter des réponses aux besoins d'investissements, d'équipements ou d'organisation. A ce titre, la direction de l'établissement contribue, en lien avec la CME, à valider les orientations des travaux réalisés par le CLAN par l'allocation des moyens nécessaires.

Le niveau de représentation de la direction dépend de la taille de l'établissement. Il peut ainsi s'agir du chef

d'établissement ou d'un directeur adjoint. Dans ce dernier cas, il est souhaitable que cette participation soit dévolue au directeur assurant la responsabilité de la fonction restauration, Directeur des Services Economiques ou Directeur de la Logistique.

La pharmacie

La prise en charge nutritionnelle des patients peut être réalisée pour certaines pathologies dans le cadre de la nutrition artificielle. Les produits utilisés sont alors gérés dans la majorité des cas par la pharmacie de l'établissement. A ce titre la présence d'un représentant de la pharmacie est justifiée.

La direction des soins et les services de soins

La Direction des Soins doit être représentée dans le CLAN. En effet, les infirmiers et aides soignants participent à la fonction alimentation et assument différentes étapes du processus de prise en charge nutritionnelle des patients. Le directeur de la Direction des Soins ou le cadre supérieur de santé peuvent être membres du CLAN. Toutefois, la présence de cadres de santé est également fortement souhaitable pour assurer une représentation des services de soins. Les personnels paramédicaux sont désignés par la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique.

Le service de diététique

Le service de diététique est parti prenante du CLAN du fait de ses compétences professionnelles. Les diététiciens sont à l'interface entre les acteurs de la production et ceux chargés de la distribution des repas. Une des deux vice-présidences du CLAN est souvent confiée au cadre diététicien, conformément à la circulaire DHOS/E 2002-18 6 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation dans les établissements de santé (cf. annexe 1). Les diététiciens sont généralement rattachés à la Direction des Soins et participent en accord étroit avec les cadres de santé des services de soins à améliorer la prise en charge nutritionnelle.

Le service restauration

Il couvre un champ d'action plus ou moins important selon les établissements. Il peut comprendre dans sa version la plus restrictive uniquement la cuisine, et dans sa forme la plus large une gestion fonctionnelle et hiérarchique de la cuisine, du transport, du service de diététique ainsi qu'une responsabilité fonctionnelle sur la distribution et le service des repas. Quel que soit son périmètre, le service restauration doit être représenté dans le CLAN. Les membres du CLAN peuvent être le responsable de la fonction restauration, le responsable chargé du fonctionnement de la cuisine mais également des représentants de l'équipe de cuisine. Certains CLAN confient l'une des deux vice-présidences du CLAN au responsable de la fonction restauration.

Autres fonctions

D'autres professionnels intervenant dans le fonctionnement de la restauration peuvent être associées au CLAN. Il peut s'agir de personnels en charge des services ou instances suivantes :

- Qualité
- Ressources humaines, par exemple le responsable de la formation continue
- Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou membre du CLAN
- Représentant des usagers
- Représentant du Comité Technique d'Etablissement
- Représentant du Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail

Il revient au directeur de l'établissement d'arrêter la liste nominative des membres du CLAN.

En conclusion il est souhaitable que la composition du CLAN soit adaptée à la dimension de l'établissement. Les comités de taille importante ne sont pas plus garants d'un travail de qualité que des comités de taille modeste. De plus, la performance des CLAN est liée à l'investissement et à la complémentarité de ses membres, aux thèmes traités, à la qualité des travaux conduits et à la mise en application des préconisations issues de ces travaux plutôt qu'au nombre de ses membres.

Il faut rappeler que la composition du CLAN dans les établissements publics de santé doit être conforme à l'article R 6144-30-5 du Code de la santé publique.

Son bureau

Le CLAN représente une assemblée pouvant être conséquente, dès lors que l'ensemble des fonctions est représenté.

Dans le cas de comité de taille importante, sa gestion peut être confiée à un bureau. Il regroupe les membres assurant les fonctions stratégiques du comité :

- Président (membre désigné)
- Vice Président (membre désigné)
- Responsable de la direction des soins (membre désigné)
- Responsable du service de diététique (membre désigné)
- Responsable de la restauration (membre désigné)

A l'instar du président et du vice-président du CLAN, les membres du bureau peuvent être désignés par la CME.

Bien que certains CLAN ne soit pas présidés par un médecin comme celui de la Clinique Saint Yves de Rennes (35), il semble incontournable d'attribuer la présidence du CLAN à un représentant du corps médical pour garantir son investissement dans les travaux menés.

Exemples de compositions de CLAN

Ce chapitre donne des exemples de composition de CLAN issus de différents établissements. La structure de chacune des fiches est : nom de l'établissement, nombre de lits et places (source annuaire de la Fédération Hospitalière de France), nombre de membres, président, vice président, membres. Les spécialités médicales sont détaillées afin de donner des exemples de spécialités peut-être plus facilement impliquées dans un CLAN.

Centre Hospitalier d'Arles	Centre Hospitalier du Puy	Centre Hospitalier Sud Francilien
578 lits et places	570 lits et places	855 lits et places
20 membres	25 membres	18 membres
Médecin gastro-entérologue	Médecin gastro-entérologue	Médecin gériatrie
Cadre de santé – diététicienne	Directeur des Soins Cadre Diététicien, responsable des Services Restauration et Diététique	Médecin gériatrie
Médecin gastro-entérologue Médecin président du CLIN Médecin gynécologue Médecin endocrinologue Médecin gériatre Médecin cardiologue Chirurgien Médecin réanimateur Médecin Pharmacien Directrice des soins Cadre de santé infirmier AS Gériatrie Cadre de santé IFSI Directeur des ressources matérielles Responsable restauration Représentant du CTE Qualiticien	Le Directeur, Médecin du secteur Personnes Agées, Médecin du secteur Gynéco - obstétrique Médecin du secteur Pédiatrie, Médecin du secteur Endocrinologie Médecin du secteur Cardiologie, Médecin du secteur Chirurgie Digestive Médecin du secteur Chirurgie Orthopédie Médecin du DIM Médecin du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales Représentant du Service Diététique, Représentant du Service Restauration, Cadre de Santé Infirmier(e) Aide –Soignant(e) Membre de la Cellule Qualité, Directeur IFSI Membre de la Formation Permanente, Représentant des Usagers. Médecin Inspecteur Régional, à titre consultatif, Directeur des Services logistiques, en tant qu'expert Représentant des Services Vétérinaires, en tant qu'expert	Médecin président du CLIN Médecin diabétologie endocrinologie Médecin néphrologie dialyse Médecin réanimateur Pharmacien Directrice des soins Cadre de santé ORL Cadre de soins IDE soins palliatifs AS service ORL AS maison de retraite AS référente hygiène et qualité Cadre diététique Ingénieur restauration Cadre supérieur de santé – direction de la qualité Représentante des usagers

Centre Hospitalier de Créteil	Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier	Centre Hospitalier Régional d'Orléans
533 lits et places	3 752 lits et places	1 058 lits et places
14 membres	30 membres	> 10 membres
Médecin gastro-entérologue	Professeur chef de service des maladies métaboliques	Praticien SSR et gériatrie
Directrice des services économiques et logistique	Professeur de l'activité de nutrition clinique, service des maladies	Cadre diététicienne
Responsable de restauration Médecin gastro-entérologue Médecin du CLIN Médecin pédiatrie Médecin réanimateur Médecin oncologue Pharmacien Cadre de santé Cadre de santé Cadre diététique Diététicienne Qualificatrice	30 membres dont : Directeur des soins Cadre supérieur de santé diététicien Ingénieur restauration Assistante au service communication, direction générale Conseillère du service formation	Ingénieur restauration Médecin président de CME Médecin santé du travail Aides soignantes Diététicien Secrétariat du président Directeur des services économiques Cuisiniers
Centre Hospitalier de La Rochelle	Centre Hospitalier Universitaire de Nancy	Centre Hospitalier de Perpignan
2 972 lits et places	1 953 lits et places	1 012 lits et places
18 membres	22 membres	22 membres
Médecin pôle des activités du bloc opératoire	Professeur de médecine	Médecin du service hépato gastro cancérologie
Cadre diététicienne	2 vices présidents	Médecin du service d'endocrinologie
Médecin pôle gériatrie Médecin pôle mère enfant Médecin pôle médico technique Médecin pôle psychiatrie Médecin pôle médecine interne Médecin pôle urgence réanimation Médecin pôle oncologie pneumologie neurologie Cadre de santé Infirmière Infirmière Infirmière AS intendante AS Responsable restauration Représentant CTE Représentant CHSCT	Médecin du service de diabétologie – nutrition et maladies métaboliques Professeur chirurgie C Médecin du service de médecine infantile 3 Médecin anesthésiste réanimateur Médecin anesthésiste en chirurgie digestive Médecin du service de médecine B Médecin Médecin représentant du CLIN Médecin représentant des usagers Pharmacien Cadre supérieur de santé Infirmière enseignante Représentant du service de soins infirmiers Infirmière – médecine J Aide soignante d'urologie Cadre diététicienne Diététicienne du service de médecine G Diététicienne du service de médecine infantile Responsable restauration Responsable qualité restauration – diététique Médecin représentant du médecin inspecteur de la DRASS	Médecin service de gériatrie Médecin service d'endocrinologie Médecin chef de service hygiène Pharmacien Directeur adjoint des soins Cadre de santé du service d'endocrinologie Cadre de santé orthopédie Intendante longs séjours IDE endocrinologie IDE gastroentérologie AS maladies infectieuses AS orthopédie AS orthopédie AS gastro endocrinologie Cadre de santé diététique Directeur adjoint DRH Directeur adjoint DAL Ingénieur en chef logistique Responsable qualité cuisine blanchisserie Contremaître cuisine

Hôpitaux civils de Colmar	Clinique Saint Yves - Rennes
1 577 lits et places	
28 membres	11 membres
Médecin gériatre	Responsable de la restauration
	Médecin
Médecin membre du bureau de la CME Président du CLIN Neuf représentants du corps médical Pharmacien Coordinateur général des activités de soins Cadre de santé – diététique Deux infirmières Une aide soignante Trois diététiciennes Directeur Directeur des ressources économiques et logistiques Ingénieur de restauration Chef de production de la cuisine centrale Technicien qualité en restauration Responsable du service de formation Représentant des usagers	Une infirmière Deux diététiciennes Deux aides soignantes Chef de cuisine Deux cuisiniers Responsable qualité

Son règlement intérieur

Il n'existe pas de règlement intérieur type pour le fonctionnement du CLAN. Néanmoins certains éléments clés du fonctionnement de ce comité doivent faire l'objet d'une formalisation. Des exemples de règlement intérieur de CLAN sont fournis en annexes 4 à 8.

Ses ressources

Les ressources à allouer sont proportionnelles à la dimension de l'établissement. Elles correspondent généralement à :

- Des salles pour la tenue des réunions ;
- Du temps de secrétariat tant pour la réalisation des documents liés à la tenue des réunions du CLAN (convocation, compte rendu) que pour la gestion des listes de diffusion ;
- Le temps consacré par les professionnels tant à la participation aux réunions du CLAN qu'aux groupes de travail
- Le temps de recherches documentaires (veille bibliographique ou réglementaire)

A ce titre, les Hôpitaux Locaux R. Le Hérisse et Saint Brice d'Antrain (35) intègrent des secrétaires médicales dans la composition du CLAN. Ceci facilite le traitement des comptes rendus et le secrétariat du CLAN.

Par ailleurs, des ressources liées à la communication peuvent être nécessaires. Elles peuvent être celles de la direction de la communication de l'établissement. La communication du CLAN peut ainsi être intégrée au plan de communication de l'établissement (journal interne, diffusion d'informations avec les bulletins de salaire, etc.).

Fréquences de ses réunions

Il n'existe pas d'obligation de fréquences de réunions du CLAN. Le rythme de trois réunions au minimum par an est une bonne préconisation. Il est souhaitable que le règlement intérieur définisse le nombre minimum annuel des séances du CLAN, ainsi que les modalités de convocation et de fixation de l'ordre du jour par le président.

L'exemple du CLAN du CHU de Nancy est représentatif du fonctionnement de cette commission. Deux à trois réunions plénières par an permettent de valider les documents et propositions des groupes de travail. Le président du CLAN anime la réunion. Chaque groupe de travail expose ses propositions qui sont amendées ou acceptées.

La réunion plénière du CLAN a lieu quand les propositions des groupes de travail sont suffisamment finalisées. Les groupes de travail se réunissent avec une fréquence variable selon le thème abordé. Un des membres du

CLAN se charge de constituer le groupe de travail à partir de professionnels particulièrement impliqués dans la thématique. Ces personnels peuvent ou non appartenir au CLAN. Ces groupes sont ensuite pilotés par un membre du CLAN.

Le CLAN : un outil de communication sur la nutrition et l'alimentation

Dans certains établissements, le CLAN organise des sessions de communication actives autour de la nutrition ou de thèmes connexes. Cette communication peut prendre des formes diverses et porter sur une diffusion à plus ou moins grande échelle.

Ainsi, le CLAN du CHU de Toulouse a également organisé « la première journée du CLAN de Toulouse ». Elle a réuni le 8 février 2007 plus de 150 participants venant de toute la région Midi-Pyrénées. Les sujets abordés lors de cette journée étaient entre autres, « qualité de vie en nutrition artificielle », « réseaux de prévention et prise en charge de l'obésité », « troubles de la déglutition et leur prise en charge », « évaluation de la dénutrition chez les patients hospitalisés au CHU de Toulouse. Résultats préliminaires ». La seconde journée a eu lieu le 7 février 2008.

L'Ecole du Service de Santé des Armées de Bron va, par ailleurs, organiser en 2008 une troisième journée du CLAN sur le thème « Nutrition et Cancer ». Le pré programme fait état d'interventions sur la prise en charge du cancer, le résultat d'une enquête sur l'état nutritionnel des patients cancéreux en cours de traitement, l'alimentation du patient cancéreux, la prise en charge des modifications du goût et un point sur les idées reçues : le vrai et le faux. Des ateliers permettront également de travailler sur des fiches recettes et notamment des repas froids pour les patients en chimiothérapie.

Le CLAN de la clinique Saint Yves de Rennes organise quant à lui des sessions régulières et permanentes d'information en libre accès à l'attention des personnels. Il met également en œuvre des actions de sensibilisation des patients sur l'importance de la nutrition.

Ses thématiques

Lors de sa constitution, les premiers travaux conduits par le CLAN sont généralement un travail d'analyse de la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents. Ces travaux débutent souvent par la conduite d'un état des lieux nutritionnel. Ils se poursuivent ensuite par une analyse de l'offre alimentaire proposée par l'établissement. Cette analyse permet de mesurer l'adéquation entre les besoins des consommateurs et l'offre alimentaire proposée. Sur la base de ces études, le CLAN peut ensuite conduire des travaux pour élaborer des outils et des organisations répondant totalement aux besoins nutritionnels implicites et explicites des patients et résidents.

Les travaux du CLAN peuvent inclure les thèmes habituels liés aux modalités de prise en charge de la nutrition, mais également des études induites par les grands chantiers de l'Etat et les sujets d'actualité :

- Vieillesse et Alzheimer. Cette pathologie, qui touche 1 million de patients en France, peut être prise en compte dans la réflexion menée par le CLAN au travers d'une étude sur l'adaptation de la prise en charge nutritionnelle à ces patients ;
- Pathologies psychiatriques. Les études peuvent concerner les effets des neuroleptiques, l'anorexie mentale et montrer la relation entre l'état du patient et l'état nutritionnel ;
- Patients atteints de cancer ;
- Horaires du dîner et organisation de l'ensemble des rendez-vous alimentaires proposés aux patients dans la journée ;
- Relation ville - hôpital sur la qualité de la prise en charge nutritionnelle ;
- Prévention et prise en charge de la dénutrition de la population, y compris hors de l'hôpital.

Les thèmes traités par les CLAN sont variés, mais ils possèdent tous un dénominateur commun : la prise en charge alimentaire et nutritionnelle. Celle-ci peut être déclinée sous diverses formes. Les cinq premières actions conduites par les CLAN de douze établissements de santé ou leur plan de travail de 2007 sont présentées ci après.

<p>Centre Hospitalier d'Arles</p> <ul style="list-style-type: none"> Dénutrition de la personne âgée en institution Obésité de l'enfant : réseau ville – hôpital Nutrition péri opératoire HACCP dans les services de soins Mise en place de référent CLAN dans les unités de soins 	<p>Centre Hospitalier du Puy</p> <ul style="list-style-type: none"> groupe de travail sur la prise en charge nutritionnelle du patient : <ul style="list-style-type: none"> état des lieux sur la prise en charge nutritionnelle du patient aussi bien auprès des médecins que des soignants, état des lieux du matériel (balances et toises) dans les services et achat du matériel nécessaire mise en place des critères simples d'évaluation de l'état nutritionnel du patient avec le poids, la taille, l' Indice de Masse Corporelle (IMC) élaboration et mise en place d'une fiche de prise en charge diététique du patient élaboration du livret « GUIDE DE PRESCRIPTION en NUTRITION ENTERALE ET PARENTERAL » et diffusion groupe de travail sur la prestation alimentaire et la vigilance sanitaire : <ul style="list-style-type: none"> réalisation du protocole de conduite à tenir en cas de toxi-infection alimentaire collective (TIAC) en collaboration avec la DDASS et de la DSV et diffusion. amélioration gustative et nutritionnelle des menus mixés et moulinsés enquête de satisfaction auprès des patients Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la prise en charge de la Dénutrition dans le cadre de l'Accréditation V2 MeaH Restauration Bilan des actions de Santé Publique dans le cadre Hôpital – Ville pour la mise en application du PNNS 	
<p>Centre Hospitalier de Créteil</p> <ul style="list-style-type: none"> Poids, taille et IMC Protocole de prise en charge des hypoglycémies Repas de fin de vie : menu « sucré – salé » Nutrition de la personne âgée Information du patient sur le régime prescrit 	<p>Centre Hospitalier Universitaire de Nancy</p> <ul style="list-style-type: none"> Balances et procédures peser – toiser Recueil de données sur l'état nutritionnel : fiche CLAN dans le dossier de soin Site intranet d'aide à la prise en charge nutritionnelle Procédure de mise en place d'une sonde naso-gastrique, nutrition entérale, hydratation en nutrition entérale Prise en charge nutritionnelle préopératoire 	<p>Centre Hospitalier de Perpignan</p> <ul style="list-style-type: none"> Constitution du bureau Information dans les services de soins : rappel sur l'intérêt de la nutrition, information sur les différents modes de nutrition, avantages et inconvénients Réalisation du livret nutrition du centre hospitalier
<p>Centre Hospitalier Sud Francilien</p> <ul style="list-style-type: none"> Bilan sur le matériel d'enregistrement du poids et de la taille Sensibilisation des personnels à la dénutrition Enquête de satisfaction sur la fonction restauration Etude sur la conformité des plateaux repas 	<p>Hôpitaux civils de Colmar</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluation de la prise en charge nutritionnelle Formation des personnels soignants et médicaux sur l'alimentation et la nutrition à l'hôpital Mise en place d'indicateurs dans les services de soins 	<p>Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans</p> <ul style="list-style-type: none"> Le dépistage des troubles nutritionnels des adultes à l'admission Les allergies alimentaires La réactualisation des régimes La mise en place de menus « vitalité » Plaies chroniques et escarres
<p>Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier</p> <ul style="list-style-type: none"> Rédaction d'un guide de bonnes pratiques sur la prescription et l'utilisation des produits de nutrition entérale, de complémentation orale et sur les produits des services de pédiatrie Définition des textures modifiées Définition et réalisation des journées de l'alimentation Actions de formation à la nutrition des personnels soignants Actions de formation à la nutrition des internes 	<p>Clinique Saint Yves - Rennes</p> <ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'un jardin d'herbes aromatiques pour les actions d'apprentissage du goût à destination des patients L'atelier du goût, destiné en priorité aux patients en sevrage tabagique, ayant un régime sans sel ou suivant un régime hypocalorique. L'atelier est animé par un cuisinier et regroupe 8 patients au maximum. Il dure 1 heure 30. Les 4 saveurs sont au programme de cet atelier Création d'un livre de cuisine « recettes saveurs » distribué aux patients concernés pendant leur séjour Institutionnalisation de cours de diététique et de nutrition dispensés par les diététiciennes au personnel 	<p>Centre Hospitalier de Lourdes</p> <ul style="list-style-type: none"> Recueil des différents documents et travaux réalisés ces dernières années sur la fonction alimentation – restauration (Classeur HACCP, Questionnaire de satisfaction des patients, Fiche d'incident, Fiches techniques cuisine, Protocole de fonctionnement du self, etc.) Liste des formations réalisées sur ce thème (« Le repas du patient », diététique du diabétique) Proposition de menus particuliers pour les repas de fête ou d'anniversaire Réalisation d'un état des lieux de la fonction nutrition à l'aide d'un questionnaire basé sur le même thème de l'HAS et de l'AP-HP

Un des ateliers de cuisine de la clinique Saint Yves de Rennes concerne les patients admis pour surcharge pondérale et les patients de réadaptation cardio-vasculaire. Il est dispensé par un cuisinier. Il dure 1 heure 30 en démonstratif pour un maximum de 12 personnes et 3 heures en participatif pour maximum de 10 personnes.



Comment faire vivre le CLAN ?

Si la mise en place d'un CLAN répond à diverses préoccupations, il faut être capable d'inscrire son action dans la durée et de pérenniser son activité. En effet, la création d'un CLAN est réalisée invariablement dans le cadre d'une dynamique de projet. Le nombre et les thèmes des travaux à conduire permettent de garantir un intérêt certain pour le CLAN. Mais lorsqu'il a achevé ses premières études, la question de la pérennisation du CLAN se pose. Dans de nombreux établissements, les CLAN ont fini par sombrer après une période de travail aux résultats prometteurs.

Par exemple, à l'issue des chantiers d'organisation conduit avec l'appui de la MeaH sur la fonction restauration, des interrogations restaient en suspens pour certains établissements :

- « Néanmoins, la pérennité du CLAN lui-même n'est pas complètement garantie. Sa longévité tient à la fois au maintien (ou au renouvellement) de ses membres qui doivent rester convaincus et motivés par l'enjeu de cette instance, comme au degré de réalisation de son plan d'actions. » Hôpitaux Locaux R. Le Hérissey et Saint Brice d'Antrain
- « Le CLAN pourrait s'essouffler après plusieurs mois de fonctionnement » Centre Hospitalier L. Jaillon de Saint Claude

Ce chapitre présente quelques actions mises en place dans des établissements qui ont facilité le maintien de son activité.

Les conditions de pérennisation du CLAN

La fin des travaux lancés lors de l'initialisation du CLAN peut être considérée à tort comme un aboutissement. Or le CLAN doit veiller de manière permanente à la pérennisation de la qualité de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle en mesurant en routine la performance de l'organisation mise en place. L'analyse de ces mesures permet de lancer des actions préventives ou curatives tant pour maintenir le niveau de performance acquis que pour le faire progresser. Ainsi, si un établissement réduit la durée du jeûne nocturne de 13 heures à 12 heures 30, il faut non seulement s'assurer qu'il ne revient pas à 13 heures, mais également lancer d'autres actions pour qu'il passe à 12 heures.

Par ailleurs, les moyens mis à disposition des établissements, la structure des services de soins et d'autres paramètres structurels évoluent dans le temps. L'adaptation de la politique et l'organisation de prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients et résidents nécessitent donc un travail d'accompagnement permanent. La disparition du CLAN ou son inactivité se traduisent alors invariablement par une dégradation de la prise en charge des patients et résidents.

Les facteurs de disparition des CLAN sont multiples mais l'identification de quelques causes principales permet de s'en prémunir :

- Absence de leader insufflant une dynamique dans la vie du CLAN ;
- Dégradation des relations entre les principales fonctions représentées dans le CLAN se traduisant par l'inactivité de ce comité ;
- Manque d'intérêt d'acteurs majeurs de l'établissement et notamment du corps médical ou de la direction ;
- Taille trop importante du CLAN ;
- Monopolisation du CLAN par une des fonctions représentées. Le CLAN n'est pas un outil de pouvoir ou de pression. Il s'agit d'un comité où chaque fonction représentée doit être respectée et où la notion de transversalité est primordiale.
- Lancement d'actions trop ambitieuses n'apportant pas de résultats concrets et tangibles à court terme pour asseoir sa légitimité et sa valeur ajoutée : privilégier les « petites victoires » au « grand soir ».

La légitimité du CLAN

La légitimité du CLAN est liée à l'intérêt que les acteurs majeurs de l'établissement portent à la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients et résidents.

Si l'importance stratégique de la qualité de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients et

résidents est reconnue à sa juste valeur, alors le CLAN disposera d'une légitimité évidente. Celle-ci sera par ailleurs bâtie sur la qualité des travaux menés par le comité.

La légitimité doit également s'appuyer sur la représentativité des membres du CLAN et sur la reconnaissance par le corps médical des travaux et des préconisations conduites par le CLAN.

Le réseau à mettre en place au sein de l'établissement

La diffusion des travaux et actions conduites dans le cadre du CLAN est un autre facteur de pérennisation et d'accroissement de sa légitimité. Si la communication est importante pour diffuser les travaux du CLAN, il convient également d'identifier les différentes cibles et d'avoir les vecteurs de communication adéquats. Par exemple, l'information ciblée vers les personnels soignants non médicaux est très importante. En effet, ces personnels mettent en œuvre une bonne partie des propositions du CLAN.

Ainsi, la clinique Saint Yves de Rennes a mis en place une action de communication périodique, « les jeudis de l'information », ouverte sur la base du volontariat au personnel de l'établissement.

Cette réunion permet, entre autre, de faire un point régulier sur les actions conduites par le CLAN sur l'amélioration de la nutrition et de la fonction restauration.

En outre, la clinique Saint Yves diffuse les comptes rendus des réunions du CLAN.

Les projets en cours sont également présentés aux différentes instances de la clinique (CME, comité de pilotage, etc.).

Enfin, les membres du CLAN assurent auprès de leurs collègues la communication du travail réalisé et des projets du CLAN.



L'impact des Evaluations des Pratiques Professionnelles

Les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont réglementaires et nationales. Il peut être intéressant que le CLAN devienne un vecteur de proposition d'EPP. Il peut ainsi faire des suggestions de deux ou trois thèmes à traiter dans le cadre des EPP de l'établissement.

De plus, certains thèmes de la nutrition sont intégrés dans les référentiels de certification de la HAS. Ils sont à ce titre opposables et peuvent faire l'objet d'études également intégrables dans des EPP.

Créer des réseaux de CLAN

La mutualisation des CLAN permet d'enrichir le fonctionnement de ces structures. Elle offre un lieu d'échange d'informations entre professionnels. Elle peut ainsi faire profiter les établissements des travaux conduits par d'autres et éviter de dupliquer le travail déjà réalisé. De la même façon, il est intéressant de partager sur les échecs afin de gagner temps et énergie. Cette mutualisation peut être envisagée sous trois formes.

Dans un premier cas, la mutualisation peut être intéressante pour les établissements dont la taille est un obstacle pour disposer des moyens pour assurer la gestion d'un CLAN. Ainsi, ces établissements peuvent intégrer des CLAN existants dans d'autres établissements de taille plus importante et bénéficier des compétences de l'établissement d'accueil. Par exemple, les hôpitaux locaux et les maisons de retraite situées dans une même zone géographique peuvent également créer un CLAN inter établissements. Par la mutualisation, les établissements se donnent les moyens d'assurer la gestion d'une entité prenant en charge des travaux sur la prise en charge alimentaire et nutritionnelle

Dans un second cas, les établissements rattachés à une même entité juridique peuvent constituer un « CLAN central ». Celui-ci peut s'appuyer sur des CLAN mis en place dans chacun de ces établissements.

Un troisième cas peut voir la constitution de groupements de CLAN à un niveau départemental ou régional. Par exemple, la région Pays de Loire a mis en place un CLAN régional (www.grsp-pays-de-la-loire.sante.fr) ainsi qu'un CLAN départemental en sus des 26 CLAN d'établissements recensés. Ces comités de niveau supérieur permettent des rencontres de professionnels d'horizons différents issus de natures d'établissements diverses (MCO, SSR, Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier, Hôpital local, public, privé, etc.) mais partageant tous le même objectif d'amélioration de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients.

Annexes

Annexe 1 - Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Références :

- Code de la santé publique, notamment les articles L. 6113-1 à L. 6113-3 ;
- Manuel d'accréditation des établissements de santé (février 1999) ;
- Circulaire DGS/SD 5 A n° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national nutrition santé ;
- Arrêté portant création du comité de l'alimentation et de la nutrition des établissements de santé, CNANES.

Le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution et diffusion) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution) En France, comme en Europe, on observe une prévalence élevée de la dénutrition ou de son risque (25 à 50 %) à l'admission à l'hôpital. Ceci est particulièrement vrai dans les services où sont accueillis des patients en état d'agression aiguë, réanimation, pathologie digestive, chirurgie lourde, cancérologie, pédiatrie... Mais cette incidence est également très élevée, chez les patients à risque accueillis dans les services de soins de suite ou de longue durée.

Les conséquences de la dénutrition sont clairement reconnues : facteur pronostique indépendant d'aggravation des maladies, retard de cicatrisation, immunodépression, augmentation de la mortalité péri-opératoire et hospitalière, allongement de la durée moyenne d'hospitalisation et augmentation de la prévalence des infections nosocomiales avec pour corollaire une augmentation des dépenses de santé, sans compter la diminution des capacités fonctionnelles et les répercussions sur la qualité de vie.

Les efforts importants engagés depuis 10 ans sur l'alimentation restauration n'ont pas permis d'améliorer suffisamment cette situation, due notamment à la dispersion des responsabilités entre les professionnels concernés et à leur manque de coordination.

De façon plus générale, la composante nutritionnelle de l'état de santé des patients hospitalisés est souvent méconnue, entraînant l'absence de sa prise en compte dans la prise en charge. Cela nuit à la perception de l'importance de cet aspect pour la vie quotidienne du patient, y compris après sa sortie de l'établissement.

Dans ce contexte, la DHOS a lancé des travaux en matière d'alimentation et de nutrition dans les établissements de santé.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du Programme national nutrition santé, initié en janvier 2001 par le ministère chargé de la santé. L'objectif est de donner aux établissements de santé un cadre général (décliné au niveau national avec le Comité national d'alimentation et de nutrition des établissements de santé et au niveau local avec les comités de liaison en alimentation et nutrition), pour organiser leur politique en matière d'alimentation et de nutrition.

La réflexion sur une telle politique et sa mise en oeuvre au sein de chaque établissement participent de la démarche d'évaluation de l'activité de ces établissements et de l'obligation d'amélioration continue de la qualité des soins dispensés, que les articles L. 6113-1 à L. 6113-3 du code de la santé publique (CSP) mettent à leur charge.

En vue de favoriser le développement de cette politique nutritionnelle, la présente circulaire recommande la mise en place au sein de chaque établissement de santé d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (I) ainsi que, pour certains d'entre eux, l'organisation d'une activité de nutrition clinique (II).

I. - MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION

1. Missions du CLAN

Une enquête de la DHOS sur les expériences menées dans ce domaine, à l'initiative de plusieurs établissements de santé, fait apparaître que la définition d'une politique d'amélioration de la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition a été favorisée par la constitution, au sein des établissements considérés, d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN).

En ce qui concerne les établissements publics de santé, les interventions d'un tel comité doivent s'articuler avec les attributions de la commission médicale d'établissement (CME). En effet, l'article L. 6144-1 CSP indique que la CME : « 3° prépare avec le directeur, la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité mentionnée aux articles L. 6113-2 et L. 6113-3 ». Ces dispositions valent notamment en matière d'élaboration de la politique de nutrition. Ainsi, la CME sollicite à cette occasion les propositions du CLAN, et prend l'avis de ce comité sur les orientations et mesures qu'elle aura préparées en ce domaine dans les conditions précitées du 3° de l'article L. 6144-1.

Dans cette perspective et à la lumière des précisions apportées ci avant, pour les établissements publics de santé, le CLAN a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipement, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine.

A cet effet, le CLAN participe :

- a) Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- b) A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- c) A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- d) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- e) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

2. La composition

La composition du CLAN, les conditions de son fonctionnement, les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats, sont fixées par le conseil d'administration dans les établissements publics ou par l'organe qualifié dans les établissements de santé privés. Toutefois, à titre indicatif, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement, pourra être la suivante :

- a) Le directeur ou son représentant.
- b) Dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien.
- c) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant.
- d) Le responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe.
- e) Le responsable de l'activité diététique ou son représentant.
- f) Le responsable de la qualité ou son représentant.
- g) Le responsable de la formation ou son représentant.
- h) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant.
- i) Le président du CLIN ou son représentant.
- j) Un représentant des usagers.
- k) Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la commission du service de soins infirmiers.

3. Fonctionnement

Le comité de liaison en alimentation et nutrition élit son président parmi les membres désignés au b. Le président est assisté de deux vice-présidents. Le premier est désigné par le comité parmi les autres catégories de membres que celles citées aux b et e, la deuxième vice-présidente est assurée par le membre mentionné au e.

Le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant assiste aux séances avec voix consultative.

Le CLAN peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

En tant que de besoin, deux ou plusieurs établissements peuvent constituer entre eux un CLAN, dans les conditions définies par délibérations concordantes de leurs conseils d'administration ou organes qualifiés.

Lors de la constitution du CLAN, les conditions et moyens nécessaires à son fonctionnement seront précisés.

Le CLAN élabore un rapport d'activité annuel préparé par son président et destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés.

II. - ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ DE NUTRITION CLINIQUE

La complexité des problèmes nutritionnels rencontrés rend souhaitable, en concertation avec le CLAN, l'organisation, au sein des centres hospitaliers régionaux, d'une activité de nutrition clinique.

Cette activité consiste à assurer, sous la responsabilité d'un médecin nutritionniste reconnu :

- a) Les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés ou consultants externes, dans des conditions convenues avec les responsables des différentes unités de soins.
- b) La recherche clinique afférente aux missions précitées.
- c) L'éducation des patients.

La structure en charge de cette activité concourt, en outre, à la formation des personnels médicaux et paramédicaux, et à l'évaluation des pratiques. Elle comporte le personnel médical, diététicien, infirmier et administratif nécessaire à l'accomplissement de ses missions.

Cette activité est organisée dans les conditions prévues au chapitre VI du titre IV du livre Ier de la partie VI du code de la santé publique.

L'établissement gestionnaire de cette structure s'attachera à l'inscrire dans un réseau de santé, notamment en matière d'alimentation parentérale et entérale à domicile.

Annexe 2 - Code de la santé publique - Organes représentatifs et expression des personnels

Code de la santé publique - Nouvelle partie Législative - Chapitre IV : Organes représentatifs et expression des personnels

ARTICLE L6144-1

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 1 IV Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 84 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 29 II a Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 art. 3 I Journal Officiel du 3 mai 2005)

(Ordonnance n° 2005-1112 du 1 septembre 2005 art. 1 IX Journal Officiel du 6 septembre 2005)

I. - Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à préparer, avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

II. - La commission médicale d'établissement comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

1. Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 ;
2. La lutte contre les infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 6111-1 ;
3. La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5126-5 ;
4. La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4.

Cette sous-commission ou ces sous-commissions spécialisées comportent, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions.

Annexe 3 - Code de la santé publique - Les sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins

Code de la santé publique - Nouvelle partie Réglementaire - Sous-section 4 : Les sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins

ARTICLE R6144-30-1

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

La ou les sous-commissions mentionnées au II de l'article L. 6144-1 contribuent par leurs avis et propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le ou les domaines qui leur sont attribués. A cet effet, sans préjudice de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques aux différents domaines traités, chaque sous-commission :

1. Participe à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement ;
2. Apprécie l'impact de la mise en oeuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration ;
3. Elabore un programme annuel d'actions et formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels.

Chaque sous-commission rend compte de ses analyses et activités dans un rapport annuel.

Les programmes élaborés et les propositions, rapports et avis émis par la ou les sous-commissions spécialisées sont soumis à l'examen de la commission médicale d'établissement. Assortis de l'avis émis par cette dernière, ils sont transmis à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, au comité technique d'établissement, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi qu'à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les projets de délibérations du conseil d'administration mentionnés au 2° de l'article L. 6143-1 sont accompagnés de ces différents avis. Le rapport annuel d'activité est transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation par le représentant légal de l'établissement.

ARTICLE R6144-30-2

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Chaque sous-commission dispose des moyens nécessaires à l'exercice de ses missions. Dans les conditions définies par le règlement intérieur et pour les domaines relevant de sa compétence, elle est notamment tenue informée :

1. Des résultats de la procédure de certification ainsi que des engagements nécessaires pour faire suite à cette procédure ;
2. De tous les événements indésirables survenus dans l'établissement, en particulier ceux ayant fait l'objet des déclarations prévues aux articles L. 1413-14 et L. 4135-1.

Toutefois, les données de santé à caractère personnel ne sont transmises à ses membres qu'après avoir été rendues anonymes.

Elle est destinataire des délibérations adoptées par le conseil d'administration sur les matières mentionnées au 2° de l'article L. 6143-1 ainsi que des avis, voeux ou propositions émis par toute autre instance consultative de l'établissement sur les questions concernant son domaine d'attributions.

Elle peut préconiser la réalisation d'enquêtes ou d'audits.

ARTICLE R6144-30-3

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Le règlement intérieur de l'établissement fixe la composition de la ou des sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins dans les conditions définies à l'article R. 6144-30-5, ainsi que leurs règles d'organisation et de fonctionnement.

ARTICLE R6144-30-4

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Lorsque le conseil d'administration fait usage de la faculté d'instituer plusieurs sous-commissions spécialisées,

il définit dans le règlement intérieur les conditions dans lesquelles se répartit entre elles l'examen des matières relatives à la politique de qualité et de sécurité des soins.

ARTICLE R6144-30-5

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant et le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant sont membres de droit de la ou des sous-commissions spécialisées qui comportent, en outre, les catégories de membres suivantes :

1. Des praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement ;
2. Des professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ses missions, en raison d'une qualification, d'une compétence ou d'une expérience particulière dans les matières relevant des attributions de la sous-commission, de leur participation au dispositif de vigilance ou de leur appartenance à une équipe opérationnelle constituée dans le domaine considéré, à savoir :
 - a. Des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes désignés, en son sein ou non, par la commission médicale d'établissement ;
 - b. Des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
 - c. D'autres experts désignés en tant que de besoin dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement ;
 - d. Dans la ou les sous-commissions chargées des questions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales, à la biovigilance, à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, à la pharmacovigilance, à la matériovigilance ou à la réactovigilance, le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance ou de réactovigilance ;
 - e. Lorsque la sous-commission en charge de cette matière examine les questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, le directeur de l'établissement de transfusion sanguine référent ou son représentant et le correspondant d'hémovigilance dudit établissement.
3. Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Si nécessaire, les experts mentionnés aux a à c du 2° ci-dessus peuvent être désignés parmi des professionnels de santé exerçant au sein d'autres établissements, dans le cadre d'une action de coopération.

Lorsque le règlement intérieur n'institue qu'une sous-commission ou lorsqu'il confie l'examen de plusieurs matières à une même sous-commission, la composition nominative du collège prévu au 2° ci-dessus peut varier en fonction des matières examinées.

Le directeur arrête la liste nominative des membres de chaque sous-commission.

ARTICLE R6144-30-6

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Dans des conditions définies par le règlement intérieur, les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge assistent, avec voix consultative, aux séances au cours desquelles la ou les sous-commissions spécialisées délibèrent sur leur rapport d'activité et sur leurs propositions de programme annuel d'actions.

ARTICLE R6144-30-7

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Le président et le vice-président de chaque sous-commission sont désignés par le président de la commission médicale d'établissement, après avis de cette instance.

Chaque sous-commission peut entendre toute personne compétente sur un sujet inscrit à l'ordre du jour. Les personnes mentionnées au second alinéa de l'article R. 1221-46 assistent et sont entendues de droit et à leur demande aux réunions de la sous-commission lorsqu'elle examine des questions relatives à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle.

Le secrétariat de chaque sous-commission est assuré à la diligence du directeur de l'établissement.

ARTICLE R6144-30-8

(Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

(Décret n° 2007-1555 du 30 octobre 2007 art. 3 Journal Officiel du 1er novembre 2007)

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, les Hospices Civils de Lyon et l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille instituent, au sein de chacun de leurs hôpitaux ou groupes hospitaliers, un ou plusieurs comités locaux exerçant une ou plusieurs des missions définies au II de l'article L. 6144-1 dans le cadre de la politique générale de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins.

Les autres centres hospitaliers universitaires peuvent constituer de tels comités locaux pour chacun de leurs établissements ou groupes d'établissements dotés d'un comité consultatif médical.

Les modalités de composition, d'organisation et de fonctionnement de ces comités locaux ainsi que les conditions dans lesquelles ces comités coordonnent leurs activités avec celles de la ou des sous-commissions centrales auxquelles ils sont rattachés sont définies par le règlement intérieur de l'établissement.

ARTICLE R6144-30-9

(Inséré par Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 art. 1 II Journal Officiel du 16 mai 2006)

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux syndicats inter hospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé ainsi que, pour les attributions prévues aux 1^o et 3^o du II de l'article L. 6144-1, aux syndicats inter hospitaliers autorisés à gérer une pharmacie à usage intérieur.

Les experts paramédicaux mentionnés au b du 2^o de l'article R. 6144-30-5 sont alors désignés par la personne responsable des soins au sein du syndicat.

Le règlement intérieur du syndicat précise les conditions dans lesquelles les propositions et avis de chaque sous-commission ainsi que son rapport d'activité sont transmis aux instances énumérées au dernier alinéa de l'article R. 6144-30-1 constituées au sein du syndicat et de chaque établissement de santé membre de celui-ci.

Annexe 4 - Règlement intérieur du CLAN de l'Hôpital L. Bellan

REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION (CLAN)

Déclaration préliminaire

Le comité de liaison alimentation et nutrition est une structure de réflexion et de proposition pour l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés dans l'établissement.

Le comité de liaison alimentation et nutrition définit, en lien avec les projets d'établissement et avec les professionnels de santé, le programme d'actions de l'établissement dans le domaine de l'alimentation et de la prise en charge nutritionnelle des patients.

Le comité de liaison alimentation et nutrition doit être soutenu par l'ensemble des professionnels hospitaliers pour la réalisation de ses missions.

ARTICLE 1. Composition et mode de désignation des membres du comité de liaison alimentation et nutrition

§ 1. Composition et désignation

Les membres du comité de liaison alimentation et nutrition désignés par la CME et les représentants du personnel soignant peuvent être remplacés par des membres suppléants, choisis dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

Le représentant légal de l'établissement de santé arrête la liste nominative des membres du Comité.

Sont intégrés comme membres permanents :

- le responsable des services achats, techniques et logistiques
- le responsable du service de la gestion des risques et de la qualité

§ 2. Présidence :

Dès sa constitution, le comité de liaison alimentation choisit en son sein un président et un Vice président. Ils sont élus par l'ensemble des membres du comité de liaison alimentation et nutrition.

Le président du Comité a pour rôle :

- d'arrêter la date des convocations du Comité,
- de fixer l'ordre du jour des séances,
- de veiller aux actions entreprises et évaluer le respect de la politique hôtelière et nutritionnelle de l'établissement et définir les évolutions nécessaires.

Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ils ont été désignés.

§ 3. Durée du mandat :

La durée du mandat des membres du comité de liaison alimentation et nutrition désignés par la CME est de quatre ans. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ils ont été désignés.

La durée des mandats des membres mentionnés est de 4 ans. Leur mandat est renouvelable.

ARTICLE 2. Organisation du Comité de liaison alimentation nutrition

§ 1. Bureau restreint :

Un bureau de 7 membres est désigné au sein du CLAN.

Il est ainsi constitué :

- Le Président
- Le vice Président
- Le secrétaire
- Le responsable du service des soins
- Le représentant de la fonction diététique
- Le responsable restauration

Le bureau a pour rôle d'élaborer les propositions permettant de structurer, d'animer l'activité du CLAN et d'en assurer la continuité.

Il se réunit autant que nécessaire.

§ 2. Moyens et secrétariat

Le secrétariat du CLAN assure :

- Le secrétariat des réunions
- La saisie des protocoles et procédures
- La frappe des supports de formation
- Les actions de communication
- La frappe du rapport annuel d'activité

ARTICLE 3. Fonctionnement du Comité de liaison alimentation nutrition

§ 1. Réunions

Le Comité de liaison alimentation et nutrition se réunit au moins quatre fois par an. En cas de partage des voix, la voix du président est prédominante.

Le Comité de liaison alimentation et nutrition peut entendre toute personne compétente appartenant ou non à l'établissement sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les représentants des usagers assistent avec voix consultative à la séance du Comité au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'action.

§ 2. Rapport d'activité/programme d'action

Le comité de liaison alimentation et nutrition sous l'égide du président élabore le rapport annuel d'activité

Ce rapport est adressé au Directeur et au Président de la CME, au service de la gestion des risques et de qualité avant une information de la CME et à la CCVGRQ.

Ce rapport d'établissement sera transmis à toutes les instances consultatives de l'établissement, à la DRASS et à l'ARH et au CNANES.

Le programme d'actions et le rapport d'activité sont soumis à l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement. Le projet d'Etablissement définit les objectifs en matière de politique d'alimentation et de nutrition.

ARTICLE 4. Attribution du comité de liaison alimentation nutrition

§ 1. Champ de compétence du comité de liaison alimentation nutrition

Le comité de liaison alimentation et nutrition définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

- Réaliser l'évaluation de l'existant (besoins nutritionnels, organisation des prestations cuisine/service diététique/service de soins).
- Définir la politique de prise en charge nutritionnelle et hôtelière de l'établissement
- Accompagnement et validation des actions de mise en oeuvre de la politique définie et de ses évolutions.
- Déterminer les objectifs d'intervention et assurer la coordination de leur réalisation au travers de la mise en place de groupes d'études pluridisciplinaires.
- Définir et proposer les orientations de formation continue nécessaire à la mise en oeuvre de la politique définie et de ses évolutions.
- D'autres rôles et d'autres missions peuvent être attribués au comité de liaison alimentation et nutrition.
- Le comité de liaison alimentation et nutrition établit le rapport annuel d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

§ 2. Fonctionnement du CLAN

- Le comité de liaison alimentation et nutrition se prononce par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.
- Le comité peut entendre toute autre personne appartenant ou non à l'établissement pour un avis sur des questions relevant de la compétence du comité de liaison alimentation et nutrition.
- Lors des votes et en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.
- Un vote à bulletin secret peut être organisé à la demande du Président ou d'un quart des membres présents.
- Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.
- Les avis du sont émis valablement lorsque au moins un tiers des membres est présent.
- Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. Les avis sont alors émis valablement quel que soit le nombre des membres présents.
- Le Président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances.

§ 3. Liens avec les autres instances de l'établissement

- Les structures suivantes ont pour mission un lien naturel avec le comité de liaison alimentation et nutrition :
- Le Comité du médicament et le travailleront de manière concertée à la mise en place d'actions spécifiques concernant les commandes et la prescription de produits de nutrition entérale et parentérale.
- Il collabore avec toutes les instances qui participent à la politique d'évaluation

ARTICLE 5. Formation du personnel

Le Comité de liaison d'alimentation et de nutrition joue un rôle primordial en matière de formation initiale et continue du personnel à l'hygiène hospitalière et de restauration Il élabore ainsi une politique de formation et un suivi des formations des personnels hospitaliers en matière de prise en charge nutritionnelle des patients. Il s'assure de l'information du personnel prestataire sur les spécificités nutritionnelles de l'hôpital »

ANNEXES Membres du comité de liaison alimentation et nutrition

- Président du CLAN, médecin service de médecine interne,
- Vice président du CLAN, Responsable des services économiques, techniques et logistiques,
- Responsable de la gestion des risques et de la qualité,
- IDE service de chirurgie orthopédie,
- Diététiciennes,
- Agent des services hospitaliers, service chirurgie générale et digestive,
- Référente du service qualité du prestataire,
- Présidente de la Commission des soins, Responsable du service des soins,
- Biologiste Biologie Médicale,
- Cadre de santé SSR HC, Coordonnateur du pôle médecine,
- Représentant du prestataire de restauration,
- Aide soignante servie de neurologie,
- Agent de restaurant du personnel,

La liste des membres du comité de liaison alimentation et nutrition est arrêtée par le Directeur de l'Etablissement.

Annexe 5 - Règlement intérieur du CLAN du Centre Hospitalier de Millau

REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION

Le CLAN est une structure de réflexion et de proposition pour l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés dans l'Etablissement.

Le CLAN définit, en lien avec les projets d'établissement et avec les professionnels de santé, le programme d'actions de l'établissement dans le domaine de l'alimentation et de la prise en charge nutritionnelle.

Le CLAN doit être soutenu par l'ensemble des professionnels hospitaliers pour la réalisation de ses missions.

A cet effet, le CLAN participe :

- A l'harmonisation des pratiques professionnelles, relatives à l'alimentation - nutrition
- A la mise en place d'une gestion rationnelle de l'ensemble de ces activités,
- A la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la nutrition et de la restauration
- A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et nutrition
- Au bilan de l'existant en matière de structure, moyens en matériels et personnes,
- A l'évaluation annuelle de façon globale, sur la base des rapports d'activités, des activités alimentation - nutrition
- A la définition de la formation continue spécifique à ces actions à mettre en œuvre dans le cadre du plan de formation.

ARTICLE 1 : ROLE ET MISSIONS DU CLAN

Réaliser l'évaluation de l'existant (besoins nutritionnels, organisation des prestations cuisine/service diététique/service de soins)

Définir la politique de prise en charge nutritionnelle et hôtelière de l'établissement.

Accompagner et valider les actions de mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions.

Déterminer les objectifs d'intervention et assurer la coordination de leur réalisation au travers de la mise en place de groupes d'études pluridisciplinaires

Définir et proposer les orientations de formation continue nécessaire à la mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions

Surveiller les actions entreprises et évaluer le respect de la politique hôtelière et nutritionnelle de l'établissement et définir les évolutions nécessaires.

D'autres rôles et missions peuvent être attribués au CLAN.

Le CLAN établit un rapport annuel d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

ARTICLE 2 : COMPOSITION

Le CLAN est composé des membres suivants ayant voix délibérative.

Membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

- Le président de la CME de l'Etablissement
- 4 Médecins (au minimum) dont 1 représentant le secteur SSR ou USLD

Médecins représentant l'ensemble de l'activité hospitalière :

- 1 Pharmacien
- Représentants désignés par la Direction du service de soins infirmiers
- Représentant du personnel soignant :
- 1 Représentant du secteur MCO (Cadre ou IDE)
- 1 Représentant du secteur Personnes Agées (Cadre ou IDE)
- 1 Représentant du secteur Psychiatrie (Cadre ou IDE)
- 3 Agents hospitaliers ou Aides Soignants exerçant la fonction hôtelière

Autres membres

- Le Directeur ou le Directeur Adjoint chargé des services économiques et logistique
- Le responsable du service restauration
- Une diététicienne
- Le Directeur du service de soins infirmiers
- Le responsable du service qualité
- 1 agent de la restauration

- 1 Représentant du CLIN ou l'Infirmier Hygiéniste
- 1 Représentant des usagers désigné par le Conseil d'Administration de l'Etablissement

La liste des membres du CLAN est arrêtée par le Directeur du Centre Hospitalier.

ARTICLE 3 : MEMBRES SUPPLEANTS

Les membres du CLAN désignés par la CME et les représentants du personnel soignant peuvent être remplacés par des membres suppléants, choisis dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

ARTICLE 4 : DUREE DU MANDAT

La durée du mandat des membres du CLAN désignés par la CME est de 4 ans. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

Les représentants du personnel administratif, soignant, logistique et techniques sont eux aussi désignés pour 4 ans.

ARTICLE 5 : PRESIDENCE DU CLAN

Dès sa constitution, le CLAN choisit en son sein un président et un vice-président. Ils sont élus par l'ensemble des membres du CLAN.

ARTICLE 6 : BUREAU

Un bureau de 6 membres est désigné au sein du CLAN. Il est ainsi constitué :

- le président
- le vice-président
- le Directeur des Soins
- le Directeur des services Economiques et ou Logistique
- le représentant de la fonction diététique
- le responsable restauration

Le bureau a pour rôle d'élaborer les propositions permettant de structurer, d'animer l'activité du CLAN et d'en assurer la continuité.

Il se réunit autant que nécessaire.

ARTICLE 7 : FONCTIONNEMENT DU CLAN ET ROLE DU PRESIDENT

- Le président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances.
- Le CLAN se réunit au moins trois fois par an.
- Le Directeur de l'établissement et le Président de la CME peuvent solliciter auprès du Président la tenue d'une séance extraordinaire.
- Le comité peut entendre toute autre personne appartenant ou non à l'établissement pour un avis sur des questions relevant de la compétence du CLAN.
- Le CLAN se prononce par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.
- Lors des votes et en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.
- Un vote à bulletin secret peut être organisé à la demande du Président ou d'un quart des membres présents.
- Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.

ARTICLE 8 : RAPPORT D'ACTIVITE

Le président du CLAN prépare le rapport annuel d'activité. Il le soumet à l'approbation du CLAN.

Ce rapport est adressé au Directeur et au Président de la CME.

Ce rapport d'établissement sera transmis à toutes les instances consultatives de l'établissement, à la DRASS et à l'ARH.

Une synthèse de ce rapport sera transmise à chaque service par l'intermédiaire des correspondants nutrition.

ARTICLE 9 : MOYENS ALLOUES AU CLAN

Le secrétariat du CLAN sera assuré dans les mêmes conditions que celui de la CME.

Le secrétariat assure :

- le secrétariat des réunions,
- la saisie des protocoles et procédures,
- la frappe des supports de formation,
- les actions de communication,
- la frappe du rapport annuel d'activité.

ARTICLE 10 : LIENS AVEC LES AUTRES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

Les structures suivantes ont pour mission un lien naturel avec le CLAN :

- Le Comité du Médicament et le CLAN travailleront de manière concertée à la mise en place d'actions spécifiques concernant les commandes et la prescription de produits de nutrition entérale et parentérale.
- Le CLAN collabore avec toutes les instances qui participent à la politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Annexe 6 - Règlement intérieur du CLAN du CRRF de X

RÈGLEMENT INTÉRIEUR COMITÉ DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION

Préambule

Le CLAN est une structure de réflexion et de proposition pour l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés dans l'établissement.

Le CLAN définit, en lien avec les projets d'établissement et avec les professionnels de santé, le programme d'actions de l'établissement dans le domaine de l'alimentation et de la prise en charge nutritionnelle des patients et des personnels.

Le CLAN doit être soutenu par l'ensemble des professionnels hospitaliers pour la réalisation de ses missions.

ARTICLE 1 – ROLE ET MISSION DU CLAN

- Réaliser l'évaluation de l'existant (besoins nutritionnels, organisation des prestations cuisine/service diététique/service de soins).
- Définir la politique de prise en charge nutritionnelle et hôtelière du Centre de rééducation et de réadaptation de xxx
- Accompagnement et validation des actions de mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions.
- Déterminer les objectifs d'intervention et assurer la coordination de leur réalisation au travers de la mise en place de groupes d'études pluridisciplinaires.
- Définir et proposer les orientations de formation continue nécessaire à la mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions.
- Surveiller les actions entreprises et évaluer le respect de la politique hôtelière et nutritionnelle de l'établissement et définir les évolutions nécessaires.
- D'autres rôles et d'autres missions peuvent être attribués au CLAN.
- Le CLAN établit le rapport annuel d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

ARTICLE 2 – COMPOSITION

Le CLAN peut être composé des membres suivants ayant voix délibérative.

Membres désignés par la Commission Médicale d'Établissement (CME)

Médecins représentant l'ensemble de l'activité hospitalière :

- 1 médecin de service adulte - titulaire
- 1 médecin de service enfant - titulaire
- 1 médecin - suppléant
- 1 pharmacien - titulaire

Représentants du personnel soignant

- 1 Cadre Infirmier - titulaire
- 1 Infirmière ou un éducateur - titulaire
- 1 Agent hospitalier ou une aide soignante exerçant la fonction hôtelière - titulaire
- 1 agent ou une aide soignante - suppléant

Ces représentants sont désignés par la directrice du service des soins infirmiers.

Autres membres

- Le Directeur ou son représentant (le Directeur des Services Économiques) - titulaire
- Le responsable du service restauration - titulaire
- Une diététicienne - titulaire

- Le Chef de cuisine - titulaire
- La Directrice du service de soins infirmiers - titulaire
- Le responsable qualité - titulaire
- 1 cuisinier - titulaire
- 1 agent du self – titulaire
- Une diététicienne - suppléante
- Un responsable de cuisine - suppléant
- Un agent de cuisine ou cuisinier - suppléant

La liste des membres du CLAN est arrêtée par le Directeur du Centre Hospitalier.

ARTICLE 3 – MEMBRES SUPPLEANTS

Les membres du CLAN désignés par la CME et les représentants du personnel soignant peuvent être remplacés par des membres suppléants, choisis dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

ARTICLE 4 – DUREE DU MANDAT

La durée du mandat des membres du CLAN désignés par la CME est de 4 ans. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

Les représentants du personnel administratif, soignant, logistique et technique sont eux aussi désignés pour 4 ans.

ARTICLE 5 – PRESIDENCE DU CLAN

Dès sa constitution, le CLAN choisit en son sein un président et un Vice président. Ils sont élus par l'ensemble des membres du CLAN.

ARTICLE 6 – BUREAU

Un bureau de 7 membres est désigné au sein du CLAN. Il est ainsi constitué :

- le Président
- Le vice Président
- Le secrétaire
- Le DSSI
- la représentant de la fonction diététique
- le responsable restauration

Le bureau a pour rôle d'élaborer les propositions permettant de structurer, d'animer l'activité du CLAN et d'en assurer la continuité.

Il se réunit autant que nécessaire.

ARTICLE 7 – FONCTIONNEMENT DU CLAN ET ROLE DU PRESIDENT

Le Président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances.

Le CLAN se réunit au moins trois fois par an.

Le Directeur du Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles et le Président de la CME peuvent solliciter auprès du Président la tenue d'une séance extraordinaire.

Le comité peut entendre toute autre personne appartenant ou non au CRRF pour un avis sur des questions relevant de la compétence du CLAN.

Le CLAN se prononce par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.

Lors des votes et en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Un vote à bulletin secret peut être organisé à la demande du Président ou d'un quart des membres présents.

Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.

Les avis du CLAN sont émis valablement lorsque au moins un tiers des membres est présent.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. Les avis sont alors émis valablement quel que soit le nombre des membres présents.

ARTICLE 8 – RAPPORT D'ACTIVITE

Le Président prépare le rapport annuel d'activité. Il le soumet à l'approbation du CLAN.

Ce rapport est adressé au Directeur et au Président de la CME avant une information de la CME.

Ce rapport d'établissement sera transmis à toutes les instances consultatives de l'établissement, à la DRASS et à l'ARH.

ARTICLE 9 – MOYENS ALLOUES AU CLAN

Le fonctionnement du secrétariat dédié au CLAN. Le secrétariat du CLAN assure :

- Le secrétariat des réunions
- La saisie des protocoles et procédures
- La frappe des supports de formation
- Les actions de communication
- La frappe du rapport annuel d'activité

ARTICLE 10 – LIENS AVEC LES AUTRES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

Les structures suivantes ont pour mission un lien naturel avec le CLAN :

- Le Comité du médicament et le CLAN travailleront de manière concertée à la mise en place d'actions spécifiques concernant les commandes et la prescription de produits de nutrition entérale et parentérale.
- Le CLAN collabore avec toutes les instances qui participent à la politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité de soins.

Annexe 7 - Règlement intérieur du CLAN central de l'AP-HP

COMITÉ DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION CENTRAL RÈGLEMENT INTÉRIEUR
VERSION DU 3 janvier 2008

AP-HP. CCQSS - Règlement intérieur CLAN central validé par le CLAN central le 12 novembre 2007

Vu le code de la Santé Publique ;

Vu le décret n°02-1098 du 20/10/1992 relatif à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, modifiant le Code de la Santé Publique ;

Vu la circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé ;

Vu le décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif à l'organisation de la Commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins de la commission médicale d'établissement ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration du 9 mars 2007 fixant les modalités de composition de la Commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins et de ses commissions et comités spécialisés ;

Après consultation de ces membres, le règlement intérieur du Comité de liaison en alimentation et nutrition central (CLAN central) est arrêté comme suit :

I. MISSIONS

Le Comité de liaison alimentation et nutrition central (CLAN central) constitue une sous-commission spécialisée de la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins. Cette sous-commission, objet du présent arrêté, a pour mission :

- de participer aux orientations et mesures relatives à la politique d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentaire, ainsi qu'aux mesures aux actions d'ordre général susceptibles d'en modifier la pratique,
- de transmettre à la formation plénière de la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

II. COMPOSITION

La Commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins fixe, ainsi qu'il suit, le nombre et la qualité des membres permanents composant le Comité de liaison alimentation et nutrition central :

- a) Le Président de la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins ou son représentant.
- b) Le Président du Comité chargé de la liaison en alimentation et nutrition (CLAN).
- c) Le Vice-président du Comité chargé de la liaison en alimentation et nutrition (CLAN).
- d) Le Directeur de la Politique Médicale de l'AP-HP ou son représentant.

Membres permanents

(cf. circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé)

- e) Onze représentants désignés par la CME, dont neuf médecins, un biologiste et un pharmacien
- f) Le cadre diététicien du siège de l'AP-HP
- g) Un représentant de la Direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchnique
- h) Le Directeur de la logistique ou son représentant
- i) Un responsable local de la restauration
- j) Le responsable de l'activité diététique
- k) Un responsable de la qualité
- l) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie du siège
- m) Le Président du CLAN
- n) Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- o) Un médecin ou chirurgien spécialisé dans la prise en charge de l'obésité morbide
- p) Le médecin responsable de la coordination des CLAN de l'AP-HP

q) Le vétérinaire de la centrale ACHA

Membres avec voie consultative

r) Le Comité de liaison alimentation et nutrition central peut demander à entendre les présidents des comités locaux (CLAN locaux) ainsi que toute personne ayant compétence dans son domaine d'attribution.

III. MANDAT

Les membres permanents de ce comité sont désignés, pour une durée de 4 ans renouvelable, par le directeur général sur proposition de la commission médicale d'établissement, après avis du conseil exécutif central, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences.

IV. PRESIDENCE / VICE-PRESIDENCE ET BUREAU

IV-1. Président / Vice Président

Le Président du comité de liaison alimentation et nutrition central et ses vices présidents sont désignés, pour une durée de 4 ans renouvelable, par le Directeur général sur proposition de la Commission médicale d'établissement, après avis du conseil exécutif central, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences.

Les vice-présidents assistent le président ; ils siègent et participent aux votes dans les mêmes conditions qu'un membre titulaire.

En cas d'empêchement temporaire, les vice-présidents suppléent le président. Ils disposent dans ce cas de toutes les prérogatives du président.

Le président dirige les réunions du comité. Il est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumises les délibérations du comité ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur. Il assure la bonne tenue des débats et la discipline des réunions. Il veille à ce que tous les membres du comité puissent s'exprimer et à ce que le temps de parole soit réparti équitablement.

IV-2. Médecin Coordinateur

Le médecin coordinateur assure la liaison entre le CLAN central et les CLAN des établissements hospitaliers.

Le médecin coordinateur est chargé de faire respecter la feuille de route que le CLAN central s'est fixée et de réaliser la synthèse des recommandations des groupes de travail spécialisés mis en place.

Il assure la liaison entre le CLAN central et les autres sous-commissions du CCQSS.

IV-3. Bureau

Un bureau du comité est créé. Celui-ci est composé du président, des deux vice-présidents, du médecin coordonnateur des CLAN locaux, du représentant de la DPM et du représentant de la DPL.

Le bureau prépare les dossiers du CLAN plénier et étudie tout dossier que ses membres jugent utile dans le cadre des missions du comité. Le bureau se réunit au minimum trois fois par an et aussi souvent que son président le juge utile. Il peut également se réunir sur demande de l'un de ses membres.

Le bureau suit l'état d'avancement des groupes de travail mis en place ponctuellement, fixe le calendrier des groupes et établit ses missions qui seront soumis pour validation à la commission ou au comité spécialisé plénier.

V. FONCTIONNEMENT

V-1. Secrétariat du comité

Le secrétariat du CLAN central est assuré conjointement par la Direction du Patrimoine et de la Logistique et la Direction de la Politique Médicale.

Le secrétariat du comité est chargé d'apporter l'aide scientifique et administrative nécessaire au bon fonctionnement du comité.

Le secrétariat tient en outre à jour toutes les archives du CLAN central depuis sa création.

V-2. Fréquence des réunions

Le Comité de liaison alimentation et nutrition central se réunit au moins trois fois par an à l'initiative de son président qui en fixe l'ordre du jour.

V-3. Convocation et ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par le bureau et arrêté par le président du comité.

Sauf urgence, quinze jours avant la séance, une convocation informant du lieu, de la date, des horaires et de l'ordre du jour est adressée à chaque membre du comité par courrier papier et/ou par courrier électronique. Une copie est adressée au président de la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins.

Les documents à examiner en séance sont adressés à chaque membre au plus tard sept jours avant la séance. Aux fins d'examen en urgence d'une question, le délai de sept jours peut être diminué, et les documents relatifs à la question traitée peuvent être remis en séance.

V-4. Quorum de séance

Le comité ne peut valablement se réunir qu'en présence d'au moins un tiers de ses membres.

Si ce quorum n'est pas atteint, l'ordre du jour est reporté à la séance suivante ou lors d'une réunion extraordinaire sur convocation dans un délai maximum de quinze jours portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé.

V-5. Absence et représentation

Les membres de droit siègent eux-mêmes ou font connaître au secrétariat le nom de la personne qui les représentera.

Les membres permanents font connaître au secrétariat du comité leur empêchement de siéger dans les plus brefs délais suivant la réception de leur convocation.

S'il est constaté qu'un membre ne participe pas régulièrement aux travaux du comité, il sera demandé à son président ou à toute autre autorité de désignation selon les cas de procéder à son remplacement dans les conditions réglementaires prévues initialement. Cette mesure n'interviendra qu'après notification préalable par courrier au membre concerné qui sera appelé à faire valoir ses observations.

V-6. Feuille de présence

Tous les participants aux séances du comité signent une feuille de présence mentionnant les noms et qualité des personnes présentes.

V-7. Participation aux réunions de personnes non membres du comité

Toute autre personne ne pourra assister à une réunion qu'avec l'accord du président du comité.

Exceptionnellement, des personnes extérieures pourront assister en nombre restreint à une séance du comité avec l'accord préalable du président du comité. Il sera fait état de la présence de ces personnes en début de séance afin de s'assurer qu'elle ne suscite pas d'objection de la part des membres du comité. Ces personnes doivent s'engager avant la séance à respecter la confidentialité.

V-8. Audition des personnes qualifiées

Le comité a la faculté d'entendre toutes personnes qualifiées. Ces personnes sont désignées au cas par cas, en fonction des dossiers. L'audition de ces personnes, leur qualité ainsi que les raisons motivant une telle audition sont mentionnées dans le compte rendu de séance.

V-9. Modalités d'adoption des avis

Après clôture des débats au sein du comité, le président formule s'il y a lieu les propositions sur lesquelles il s'agit de délibérer.

En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si l'un des membres demande qu'il ait lieu à bulletin secret. Le résultat des votes est acquis à la majorité des suffrages exprimés (déduction faite des abstentions). Les détails des votes et les explications des votes, y compris les opinions minoritaires le cas échéant, sont consignés dans le compte rendu de réunion.

Les avis sont réputés adoptés dès la fin de la séance.

Le Comité de liaison en alimentation et nutrition central soumet pour avis les propositions d'actions préparés à la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins avant leur transmission à la commission médicale d'établissement.

V-10. Compte rendu de séance

- Rédaction

Un compte rendu est rédigé à l'issue de chaque séance par le secrétariat du comité.

Le compte rendu contient notamment les éléments suivants :

- o la date de la réunion ;
- o le nom des participants avec un classement par qualité (membres, rapporteurs, experts, évaluateurs,...) ;
- o les questions traitées au cours de la séance ;
- o les détails des votes et les explications des votes, y compris les opinions minoritaires le cas échéant.

- Approbation

Le compte rendu de séance du comité fait l'objet d'une approbation formelle en début de séance suivante, ou par écrit en cas de nécessité.

En cas de contestation ou de réserve émise par l'un des participants, concernant la rédaction du compte rendu, il en est fait mention dans le compte rendu définitif.

L'adoption du compte rendu de la séance précédente doit faire l'objet d'un paragraphe dans ce nouveau compte rendu avec précision des modifications à apporter.

La version finale du compte rendu adopté est adressée à tous les membres du comité au plus tard une semaine avant le comité suivant.

V-11. Rapport annuel et programme d'action

Le Comité de liaison en alimentation et nutrition central élabore un rapport annuel.

Le rapport annuel, les avis ou propositions d'actions élaborés par le comité sont transmis à la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins.

VI. MODIFICATIONS

Le présent règlement est révisé lorsque l'intervention d'un texte législatif ou réglementaire le nécessite. Dans ce cas, le secrétariat en informe le président qui prend toute disposition utile pour mettre en oeuvre la procédure de révision.

Il peut être également révisé sur proposition du président ou de la moitié au moins de ses membres.

La révision n'est adoptée que si la majorité absolue des suffrages exprimée est obtenue.

Annexe 8 - Règlement intérieur du CLAN du Centre Hospitalier E. Roux du Puy en Velay

Le règlement intérieur a pour objet de préciser dans :

- le chapitre I : sa composition, les modalités de désignation, la durée des fonctions et le renouvellement de ses membres, leurs attributions.
- le chapitre II : son organisation interne : le bureau, la séance plénière.
- le chapitre III : les dispositions relatives au règlement intérieur.
- le chapitre IV : les obligations des membres du CLAN

Chapitre I : Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

Composition

Article 1 :

Le Repas au Centre hospitalier implique et engage la responsabilité de tous les acteurs de soins. Le principe du CLAN est de mobiliser, par une démarche pluridisciplinaire, le corps médical et soignant afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes hospitalisées ; il est aussi d'impliquer les administratifs et les techniques pour obtenir une adéquation entre les besoins du Patient et la prestation alimentaire.

Article 2 :

Le CLAN est constitué suite à :

- l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement réunie le 7 octobre 2002,
- la décision du Conseil d'Administration en date du 11 octobre 2002.

Article 3 :

Les membres constituant le CLAN sont :

1. du Directeur ou de son Représentant,
2. des Représentants de la Commission Médicale d'Etablissement dont un médecin de chacun des grands secteurs de l'établissement : anesthésie-réanimation, gastro-entérologie, chirurgie, médecine, endocrinologie, cardiologie, gynéco- obstétrique, gériatrie, pharmacie, laboratoire,
3. du Président du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ou son Représentant,
4. du Directeur des Soins ou son représentant,
5. du Responsable de la fonction alimentation,
6. d'un Représentant du Service Diététique,
7. d'un Représentant de l'encadrement du Service Restauration,
8. d'un(e) Infirmier(e), et d'un(e) Aide- Soignant(e) désigné(e)s par la Commission de Soins,
9. d'un Membre de la Cellule Qualité,
10. du Responsable de la Formation Permanente ou son Représentant,
11. d'un Représentant des Usagers ou des Associations de Consommateurs.

Article 4 :

Assistent aux séances avec voix consultative :

- Le Médecin Inspecteur Régional ou son représentant,
- Le Directeur –Adjoint chargé des Services Economiques ou son représentant en qualité d'expert,
- Un représentant de l'Inspection des Services Vétérinaires à titre d'expert.

Article 5 :

Le CLAN élit son président parmi les médecins.

Il est assisté de 2 vice-présidents désignés :

- Le premier parmi les membres des autres groupes,
- Le deuxième étant le responsable de la FONCTION ALIMENTATION.

Désignation des membres

Article 6 :

Chaque groupe désigne ses représentants : CA, CME, CLIN, C.Soins....

Durée des fonctions et renouvellement des membres

Article 7 :

Les fonctions des membres du CLAN sont de 3 ans renouvelables.

Elles peuvent prendre fin, avant ce terme, en raison de la démission d'un de ses membres, de leur départ de l'établissement ou lorsqu'ils quittent leur activité.

Article 8 :

Une fois par an, les membres cessant leurs fonctions sont renouvelés et pour un mandat correspondant à celui restant de leurs prédécesseurs.

Attributions

Article 9 :

Le principal objectif est de participer à

- l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle du Patient,
- la qualité de l'ensemble de la prestation alimentaire

y compris dans les projets d'aménagement des locaux, des circuits, des équipements ayant une incidence dans ce domaine

Article 10 :

Le CLAN participe :

1. au bilan de l'existant :
 - o en matière de structures, de moyens en matériel et en personnel,
 - o des pratiques professionnelles dans le domaine Alimentation- Nutrition.
2. à la définition des actions prioritaires à mener :
 - o tant dans le domaine de la Nutrition,
 - o que celui de la Restauration.
3. à la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition,
4. à la définition de la formation continue spécifique à ces actions,
5. à la production d'un outil méthodologique aux différents professionnels concernés,
6. à la coordination et à la cohérence de ces actions au sein de l'établissement,

Article 11 :

Toutes ces missions doivent s'articuler avec les attributions de la Commission Médicale d'Etablissement. La CME sollicite des propositions de la part du CLAN et prend son avis sur les orientations et les mesures à mettre en place.

Chapitre II : Organisation du Comité de liaison en Alimentation et Nutrition

Bureau du CLAN

Article 12 :

Le CLAN se dote un bureau composé du président, des vice-présidents, d'un soignant, d'un administratif.

Article 13 :

Il se réunit une fois tous les 2 mois en fonction des situations ou encore chaque fois que cela est nécessaire. Il se réunit pour fixer et préparer l'ordre du jour de la séance plénière.

Article 14 :

Le Bureau invitera toute personne susceptible de l'aider dans la réalisation de ses missions

Séance plénière du CLAN

Article 15 :

Le CLAN se réunit au moins 2 fois par an sur convocation du président.

Article 16 :

L'ordre du jour et les documents de travail sont donnés 8 jours avant sauf urgences.

Article 17 :

En cas d'absence du président, il est remplacé par un des vice-présidents.

Article 18 :

Pour que la réunion ait lieu, le quorum sera de la moitié de ces membres.

Si celui-ci n'est pas atteint, une deuxième convocation aura lieu dans les huit jours et la réunion se tiendra quel que soit le nombre de membres présents.

Article 19 :

En cours de séance,

- Approbation du compte-rendu de la réunion précédente,
- Poursuite de l'ordre du jour précédent au cas où toutes les questions n'aient pas été traitées,
- Rapport des groupes de travail,
- Ordre du jour
- Date de la prochaine réunion.

Article 20 :

Le secrétariat est assuré par les Services Logistiques

Article 21 :

Chaque séance fait l'objet d'un compte-rendu adressé à tous les membres ainsi qu'aux présidents de la CME et du Conseil d'Administration.

Groupes de travail

Article 22 :

Le CLAN peut être amené à constituer des groupes de travail avec :

- Un ou plusieurs médecins,
 - Un ou plusieurs membres des unités de soins,
 - Une ou deux diététiciennes,
 - Un ou deux responsables du Service Restauration,
 - Un représentant des Services Logistiques,
- animés par un ou plusieurs membres du CLAN.

Bilan d'activité

Article 23 :

Le CLAN élabore un rapport d'activité annuel préparé par le président et destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés

Chapitre III : dispositions relatives au règlement intérieur

Article 24 :

Le règlement intérieur devra être évalué et réajusté, si nécessaire.

Il sera soumis à l'avis de ses membres et adopté.

Il peut-être révisé en fonction de la situation – 1 fois par an –

Chapitre IV : Obligations des membres et personnes du CLAN

Article 25 :

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CLAN sont tenus au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont elles ont connaissance à l'occasion de ses travaux, dans les conditions fixées par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Articles 26 :

Les documents élaborés par le CLAN sont la propriété du CLAN.

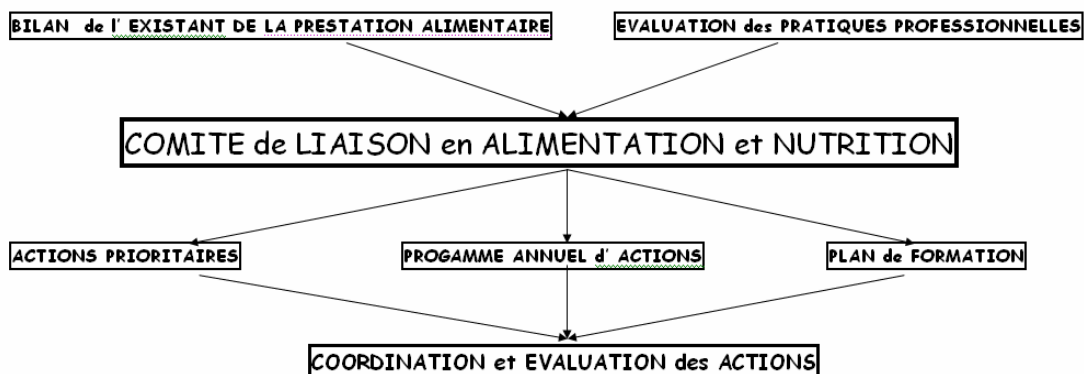
Les documents présentés en séance pour validation sont la propriété des groupes de travail, équipe ou service et ne doivent pas être utilisés sans leur accord.

Article 27 :

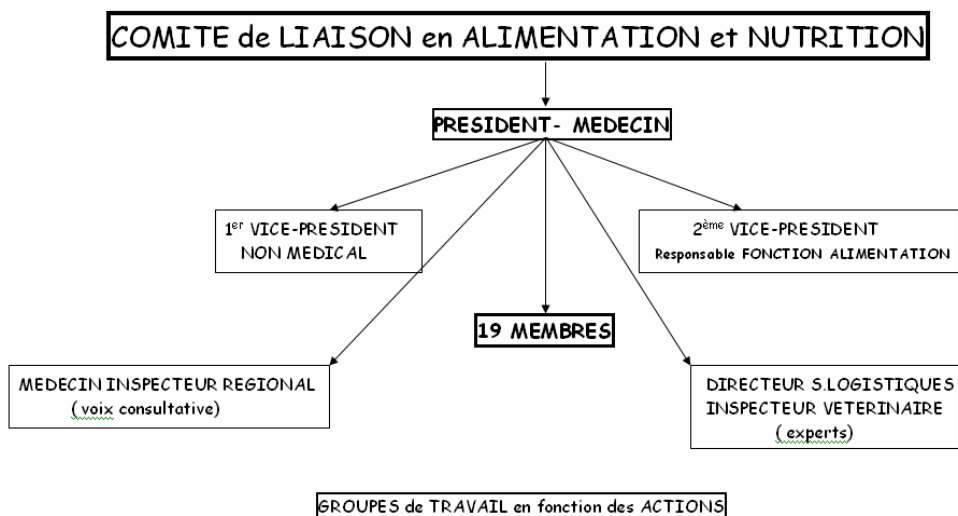
Les séances du CLAN ne sont pas publiques.

MISSIONS du COMITE de LIAISON en ALIMENTATION et NUTRITION

- AMELIORATION de la PRISE en CHARGE NUTRITIONNELLE du PATIENT
- QUALITE de l'ENSEMBLE de la PRESTATION ALIMENTATION – NUTRITION



FONCTIONNEMENT DU



Annexe 9 - Règlement intérieur de la commission restauration de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord de Brumath

COMMISSION RESTAURATION - REGLEMENT INTERIEUR

Validé par le groupe projet «fonction restauration »

ARTICLE 1 – COMPOSITION

- Le responsable de restauration ou son représentant
- Le responsable du pôle de la logistique, des achats et des travaux ou son représentant
- Une diététicienne
- Un ASH ou un AS ou un IDE représentant chacun des services suivants :
 - o unités de soins de longue durée
 - o secteurs « enfants »
 - o unités intra hospitalières n'accueillant ni des enfants ni des personnes en soins de longue durée
 - o unités extra hospitalière n'accueillant ni des enfants ni des personnes en soins de longue durée
 - o unité « Pfersdorff B »
- 2 personnes hospitalisées au long terme
- 1 étudiant en soins infirmiers

ARTICLE 2 - ROLE ET MISSIONS

- réaliser les enquêtes de popularité des aliments
- recueillir, évaluer, suggérer éventuellement des modifications pour les menus proposés par les prestataires extérieurs
- garantir l'application des recommandations du PNNS 2 et du GEMRCN
- valider les menus déclinés à partir du plan alimentaire
- proposer et participer à l'organisation de repas à thème
- participer à des journées de formation ou d'information nutritionnelles
- évaluer la satisfaction des usagers à l'aide d'une enquête annuelle
- évaluer la qualité de la prestation (livraison, respect de la commande...) à l'aide d'une enquête annuelle
- proposer la composition des paniers pique-nique et des barbecues

ARTICLE 3 - FONCTIONNEMENT

Les réunions auront lieu après chaque cycle de menus (6 à 8 semaines).

Un plan d'actions et son calendrier de travail seront réalisés. Un compte-rendu sera établi après chaque réunion et communiqué à l'ensemble des membres de la commission au plus tard 15 jours avant la réunion suivante. Chaque action engagée sera évaluée, un suivi sera effectué et diffusé à l'ensemble des unités de l'établissement.

Le secrétariat de la commission est assuré par un agent du Pôle Logistique, Achats, et Travaux.

Le secrétariat de la commission aura pour missions de :

- envoyer les convocations à chaque membre avec l'ordre du jour et le compte-rendu de la réunion précédente (au plus tard 15 jours avant la réunion suivante)
- recueillir les différents menus auprès des prestataires extérieurs et de les joindre à la convocation
- établir la feuille d'émargement
- prendre les notes et de réaliser le compte-rendu
- réserver la salle pour chaque réunion

Le coordonnateur, désigné au sein de la commission, arrêtera l'ordre du jour des réunions suivantes.

Chaque absence devra être signalée auprès de la secrétaire de la commission.

La commission pourra inviter des personnes ressources non membres de la commission, en fonction des points traités à l'ordre du jour.

Moyens mis à disposition et nécessaires pour le fonctionnement

- Salle de réunion
- Un ordinateur portable
- Un logiciel de traitement de questionnaires
- Un temps de secrétariat
- Le temps de présence des agents composant cette commission

ARTICLE 4 – BILAN ANNUEL

Un bilan de fonctionnement sera réalisé annuellement ; il portera notamment sur le respect des objectifs et du calendrier, la présence ou l'absence des membres, les formations ou informations suivies, les difficultés rencontrées... Il contiendra une synthèse des actions entreprises et de leurs évaluations. Il sera communiqué aux membres du CLAN.

ANNEXE 1 : LISTE NOMINATIVE DES MEMBRES – OCTOBRE 2007

- x, responsable du pôle de la logistique, des achats et des travaux, ou son représentant
- x, responsable de restauration ou son représentant
- Un chef de cuisine
- x, diététicienne ou son représentant
- x, aide-soignante - représentant les soins de longue durée
- x, ASH – représentant l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile (IO2)
- x, aide-soignante – représentant « Les Sittelles » (IO2)
- x, aide-soignante – représentant les unités intra hospitalières (Oberlin B – GO2)
- x, IDE – représentant les structures extra hospitalières (HJ Schiltigheim – GO7)
- x, faisant fonction de cadre de santé – représentant l'unité Pfersdorff B (GO3)
- 2 personnes hospitalisées (non encore désignées)
- x, étudiante en soins infirmiers

Annexe 10 - Règlement intérieur de la commission restauration du Centre Hospitalier de Remiremont

CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT - REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DE RESTAURATION

- VU Les dispositions du Code de la Santé Publique,
- VU La nécessité de constituer une Commission de Restauration en vue d'améliorer les prestations restaurations du Centre Hospitalier de Remiremont,
- VU L'avis favorable du Comité de Liaison en l'Alimentation et Nutrition dans sa séance du
- VU L'avis favorable du Conseil Exécutif dans sa séance du

IL EST CONVENU CE QUI SUIT

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir les conditions de fonctionnement (composition, organisation du fonctionnement et compétences) de la Commission de Restauration du Centre Hospitalier de Remiremont.

TITRE I – COMPOSITION DE LA COMMISSION DE RESTAURATION

Article 1 – Les membres délibératifs de la Commission de Restauration

La Commission de Restauration du Centre Hospitalier de Remiremont comprend :

- 1/ Le directeur des services économiques, technique et logistiques ou son représentant
- 2/ Le responsable du service restauration ou son représentant
- 3/ Un représentant du personnel du service restauration
- 4/ La responsable du service diététique ou son représentant
- 5/ Le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant
- 6/ Trois cadres de santé responsables de pôle
- 7/ Une aide soignante et une infirmière du pôle « chirurgie »
- 8/ Quatre aides soignantes et quatre infirmières du pôle « médecine »
- 9/ Une aide soignante et une infirmière du pôle « urgences et soins continus »
- 10/ Le responsable du service qualité et gestion des risques ou son représentant
- 11/ Un représentant du personnel
- 12/ Un représentant de la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
- 13/ Un représentant des élèves de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et/ou de l'école d'Aide-soignante
- 14/ La responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière ou son représentant
- 15/ Un représentant des usagers

Article 2 – Les membres consultatifs de la Commission de Restauration

La Commission de Restauration peut convoquer toute personne, interne ou externe à l'établissement, afin qu'elle soit entendue à titre consultatif sur un point précis de l'ordre du jour.

Article 3 – Désignation des représentants de la Commission de Restauration

Les modalités de désignation des différents membres de la Commission de Restauration sont :

3.1/ Un représentant du personnel du service restauration

Le représentant du personnel du service restauration est désigné par le directeur des services économiques et logistiques après avis du responsable du service restauration.

3.2/ Cadres de santé responsables de pôle

Les trois cadres de santé responsables de pôle sont désignés par le directeur des soins infirmiers de

rééducation et médico-techniques.

3.3/ Le personnel soignant (AS et IDE)

Le personnel soignant, mentionné ci-dessous, est désigné par le directeur des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.

Pôle « chirurgie »

- Une Aide Soignante et une IDE d'un service de chirurgie

Pôle « médecine »

- Une Aide Soignante et une IDE du service de pédiatrie
- Une Aide Soignante et une IDE du service de médecine
- Une Aide Soignante et une IDE du service de maternité
- Une Aide Soignante et une IDE d'un service de gériatrie

Pôle « urgences et soins continus »

- Une Aide Soignante et une IDE du service des soins continus

3.4/ Un représentant du personnel

Le représentant du personnel est désigné par le Comité Technique d'Etablissement.

3.5/ Un représentant de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Le représentant de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est désigné par et parmi les membres de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

3.6/ Un représentant des élèves de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et/ou de l'école d'Aide-soignante

Le représentant des élèves de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et/ou de l'école d'Aide-Soignante est désigné par la directrice l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

3.7/ Un représentant des usagers

Le représentant des usagers est désigné par les membres délibératifs du Conseil d'Administration parmi les trois représentants des usagers.

Article 4 – Membres suppléants

Lorsqu'un membre délibératif est dans l'impossibilité d'assister à une réunion de la Commission de Restauration, il peut être remplacé par un suppléant.

Les suppléants sont en nombre égal à celui des titulaires. Ils sont désignés, selon les mêmes modalités, que les membres délibératifs.

Article 5 – Désignation des remplaçants des membres délibératifs

Lorsqu'un membre délibératif de la Commission de Restauration désigné, cesse ses fonctions (changement de pôle, changement de service, changement d'établissement, démission, fin de mandat), il est pourvu à son remplacement dans les 4 mois dans les formes prévues à l'article 3 du présent règlement intérieur.

Article 6 – Durée du mandat

La durée du mandat du représentant des usagers prend fin en même temps que le mandat au titre duquel l'intéressé a été désigné.

La durée du mandat des autres membres de la Commission de Restauration est fixée à 3 ans. Leur mandat est renouvelable.

Article 7 – Liste nominative des membres délibératifs de la Commission de Restauration

Le directeur du Centre Hospitalier de Remiremont arrête la liste des membres délibératifs de la Commission de Restauration.

TITRE II – FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE RESTAURATION

Article 8 – La présidence

La Commission de Restauration est présidée par le directeur des services économiques et logistiques ou son représentant.

Article 9 – Expert

Le président de la Commission de Restauration, à son invitation ou à la demande de membres délibératifs de la Commission de Restauration, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Article 10 – Secrétariat de la Commission de Restauration

La rédaction du procès verbal de la Commission de Restauration est assurée par le secrétariat de la direction des services économiques, technique et logistiques.

Article 11 – Convocation

La Commission de Restauration se réunit sur convocation écrite de son président. Les convocations sont adressées aux membres délibératifs et consultatifs de la Commission de Restauration par courrier postal, courrier interne ou enfin par courrier électronique.

Ces convocations doivent être adressées au moins 30 jours francs avant la date prévue pour la réunion. Cette convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance et le cas échéant des pièces et documents nécessaires à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

Article 12 – Ordre du jour

L'ordre du jour est arrêté par le président de la Commission de Restauration.

Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence de la Commission de Restauration dont l'examen a été demandé par la moitié des membres de la Commission de Restauration.

Article 13 – Remplacement provisoire du membre délibératif

En cas d'impossibilité d'assister à une séance, le membre délibératif prévient dès réception de la convocation le secrétariat de la direction des services économiques et logistiques, du nom du membre suppléant, appelé à le remplacer afin qu'il puisse être convoqué à sa place conformément à l'article 4 du présent règlement intérieur.

Article 14 – Organisation des réunions

La Commission de Restauration se réunit au moins deux fois par an. Les séances de la Commission de Restauration ne sont pas publiques.

Article 15 – Quorum

Le quorum de la Commission de Restauration est atteint lorsque plus de la moitié des membres délibératifs sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 30 jours. La Commission de Restauration siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre des membres présents.

Article 16 – Vote

La Commission de Restauration émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée.

Dans le cadre d'un vote à main levée, les suffrages exprimés sont :

- Les votes favorables
- Les votes défavorables
- Les abstentions

En cas de partage de voix, le président a voix prépondérante.

Article 17 – Suite des avis et/ou des vœux de la Commission de Restauration

Les avis et/ou les vœux de la Commission de Restauration sont portés par le président à la connaissance du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN).

Article 18 – Procès verbal

Un procès-verbal est établi après chaque séance. Il est signé par le président et transmis avec l'ordre du jour de la prochaine séance aux membres de la Commission de Restauration.

Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

TITRE III – LES COMPETENCES DE LA COMMISSION DE RESTAURATION

Article 21 – Rôle de la Commission de Restauration

La Commission de Restauration donne son avis et peut faire des propositions sur :

- 1/ Toute question intéressant le fonctionnement du service restauration et des services de soins,
- 2/ Les prestations proposées par le service restauration et les services de soins,
- 3/ Les cycles de menus,
- 4/ La popularité des plats,
- 5/ Les résultats des fiches de dégustation des plats,
- 6/ Les enquêtes de satisfaction en collaboration avec le service qualité [lancement des enquêtes de satisfaction, analyse des résultats, propositions d'actions correctives et/ou préventives (besoin en matériel, besoin en personnel, besoin en formation,...)],
- 7/ Le programme annuel d'actions relatif aux prestations proposées par le service restauration et les services de soins,
- 8/ Le bilan annuel des actions menées dans le domaine de la fonction restauration et du service proposé aux usagers,
- 9/ Les indicateurs mis en place sur le domaine de la restauration,
- 10/ Le règlement intérieur.

Annexe 11 - Règlement intérieur de la commission restauration du CMPR L'ADAPT de Saint Cloud

CMPR L'ADAPT de Saint Cloud - REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DE RESTAURATION

Composition

- Le Chef de cuisine
- L'Economiste, Responsable du pôle logistique
- Le Cuisinier
- Le Tournant de cuisine
- Un ancien patient
- Une infirmière
- Une aide soignante

Rôle et missions

La commission restauration agit sous la responsabilité du CLAN et met en place des actions dans le cadre de la politique nutritionnelle définie par celui-ci.

Ses missions s'articulent autour de 2 axes principaux :

- Elaboration et validation des menus déclinés à partir du plan alimentaire et garantissant l'application des recommandations du PNNS et du GEMRCN.
- Evaluation par une enquête annuelle de la satisfaction des usagers sur le plan alimentaire

Fonctionnement

Les réunions auront lieu deux fois par an.

Un plan d'actions et son calendrier de travail seront réalisés. Un compte-rendu sera établi après chaque réunion et communiqué à l'ensemble des membres de la commission au plus tard 15 jours avant la réunion suivante.

Chaque action engagée sera évaluée, un suivi sera effectué et diffusé aux membres du CLAN, au Comité de Direction, et à l'ensemble des Chefs de services.

Le secrétariat de la Commission est assuré par l'économiste.

Le secrétariat de la Commission aura pour missions de :

- Envoyer les convocations à chaque membre avec l'ordre du jour et le compte-rendu de la réunion précédente.
- Etablir la feuille d'émargement
- Prendre les notes et de réaliser le compte-rendu

La Commission pourra inviter des personnes ressources non membres de la commission, en fonction des points mis à l'ordre du jour.

Moyens mis à disposition et nécessaires pour le fonctionnement

- salle de réunion
- un temps de secrétariat
- un temps de présence des agents composant cette commission

Bilan annuel

Un bilan de fonctionnement sera réalisé annuellement, il portera sur le respect des objectifs et du calendrier, la présence ou l'absence des membres, les formations ou informations suivies, les difficultés rencontrées. Il contiendra une synthèse des actions entreprises et de leurs évaluations. Il sera communiqué aux membres du CLAN.

Glossaire

Ce guide intègre des appellations et des abréviations spécifiques. Le vocabulaire employé est décrypté dans ce glossaire.

ADLF

Association des Diététiciens de Langue Française

ARH

Agence Régionale de l'Hospitalisation

AS

Aide soignante

CH

Centre Hospitalier

CHS

Centre Hospitalier Spécialisé

CHSCT

Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CLAN

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

CLCC

Centre de Lutte Contre le Cancer

CLIN

Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME

Commission Médicale d'Etablissement

CNANES

Comité National Alimentation Nutrition dans les Etablissements de Santé

CRF

Centre de Rééducation et de réadaptation Fonctionnelles

CTE

Comité Technique d'Etablissement

DHOS

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS

Durée Moyenne de Séjour

DS

Direction des Soins

DSSI

Direction des Services des Soins Infirmiers

EHPAD

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Energie 4 +

Enquête sur l'évaluation de l'état nutritionnel et de la consommation alimentaire des patients hospitalisés à l'AP-HP conduite en janvier - mars 2002

EPP

Evaluations des Pratiques Professionnelles

GEMRCN

Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition

HACCP

Hazard Analysis Critical Control Point

HL

Hôpital Local

IMC

Indice de Masse Corporelle résultant de la division du poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré. C'est un indicateur du niveau de corpulence d'un individu

PNNS

Programme National Nutrition Santé. Il a été mis en place en 2001 par les pouvoirs publics pour améliorer l'état de santé des Français par le biais de la nutrition (alimentation et activité physique). Depuis septembre 2006, le PNNS2 est entré en vigueur. Il couvre la période 2006-2010.

PSPH

Etablissement Privé participant au Service Public Hospitalier

MCO

Médecine – Chirurgie – Obstétrique

MeaH

Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier

SSR

Centre de Soins de Suite et de Rééducation

T2A

Tarifcation A l'Activité

UDIHR

Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration



Ce fascicule est destiné aux professionnels hospitaliers qui souhaitent mettre en place un CLAN ou pérenniser son fonctionnement au sein de leur établissement.

Il présente des retours d'expériences mis en œuvre par divers établissements ayant participé aux chantiers de la MeaH sur la restauration. D'autres expériences nous ont été fournies par l'UDIHR.

Opérationnel, il a pour ambition d'apporter des réponses concrètes aux questions que peuvent se poser les professionnels :

- Qu'elle est la situation des CLAN dans les établissements de santé français ?
- Qu'est ce qu'un CLAN ?
- Pourquoi mettre en place un CLAN ?
- Comment mettre en place un CLAN ?
- Comment fonctionne un CLAN ?
- Comment gérer le CLAN dans la durée ?
- Comment mutualiser des CLAN ?

Fruit des travaux des professionnels, responsables de restauration, diététiciens, cadres de santé, directeurs des services économiques et logistiques, médecins et des consultants (Cabinet EC6 – Le conseil en restauration santé et Paul Tronchon Conseil), ce fascicule de bonnes pratiques ne prétend pas répondre à l'ensemble des problématiques ou exposer l'ensemble du contexte réglementaire. Il se contente de décrire comment certains professionnels ont apporté des réponses concrètes aux situations auxquelles ils ont été confrontés.

La coordination et l'animation des travaux ont été assurées Dominique Talandier et Emmanuel Duchamp, chargés de projet à la MeaH et pilotes du déploiement de ce thème auprès de 120 établissements, ainsi que par David Le Spégnage, responsable du pôle déploiement de la MeaH.

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

50 rue du faubourg Saint Antoine
75012 Paris
Tél. 01 53 33 32 60
Fax : 01 53 33 32 69
www.meah.sante.gouv.fr