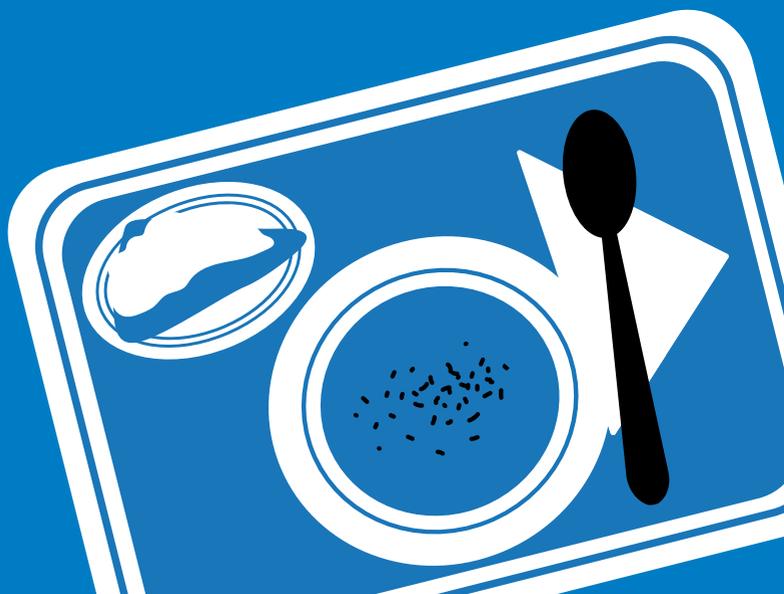


COMMENT REPENSER L'ALIMENTATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ?



© Resah-Editions
47, rue de Charonne
75011 PARIS
www.resah.fr

Directeur de la publication : Dominique LEGOUGE
Directrice de la communication : Sandrine BOURG
Responsable éditorial : Jean-Marc BINOT

A contribué à la rédaction de ce guide :
Eric COMMELIN, *président fondateur du groupe ec6,*
maître de conférences associé à l'Université Lyon 3

Illustrations : ©freepik

Toute reproduction, même partielle, du contenu, de la couverture ou des icônes, par quelque procédé que ce soit est interdite sans autorisation expresse de l'éditeur

Avant-propos

Une bonne nutrition, c'est-à-dire un régime adapté et équilibré, est un gage de bonne santé, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais l'alimentation est aussi déterminante lorsqu'il s'agit de lutter contre la maladie, de favoriser la guérison et de contribuer au bien-être.

Bien manger n'est pourtant pas systématiquement compris comme un élément fondamental de la prise en charge des patients et des résidents et de l'offre globale proposée par les établissements de santé. Le repas ne doit pas être vécu comme une astreinte, mais comme un moment de plaisir qui va concourir au rétablissement et au bien-être des personnes hospitalisées ou hébergées.

Cet objectif peut difficilement être atteint par une nourriture uniformisée, standardisée à l'extrême, présentée sans efforts et simplement assemblée, dont les conséquences sont la dénutrition et le gaspillage.

Alors que la législation demande à la restauration collective d'emprunter un autre chemin, celui de la qualité et de la durabilité, il est nécessaire de remettre le patient au coeur du dispositif, de répondre à ses envies et ses besoins, d'adapter les menus aux profils des convives (pathologie, âge, goûts...) et de redonner au métier de cuisinier une place centrale dans le projet nutritionnel.

Ce guide a pour but de sensibiliser et de faire réfléchir les décideurs du monde de la santé sur la nécessité de repenser leur offre alimentaire, facteur d'hospitalité de leurs établissements.



INTRODUCTION

Un milliard et demi, c'est le nombre de repas servis par an par les hôpitaux et les structures médico-sociales, soit plus que la restauration scolaire. C'est dire l'importance de l'action du secteur de la santé en matière de nutrition.

Comme la qualité des personnels et des matériels ou la justesse de l'organisation, l'alimentation représente l'un des piliers d'une offre de soins performante. Son but est pourtant souvent perdu de vue. Pour des motifs le plus souvent économiques ou de respect des normes sanitaires, la fabrication des repas n'a plus pris en compte la diversité des convives et s'est réduite à l'assemblage d'aliments produits industriellement.

L'image dégradée que se font les Français des menus qui leur seront servis pendant leur hospitalisation est une conséquence de cette approche. Mais elle n'est pas la seule. La dénutrition des patients, notamment des plus fragiles, reste un fléau. 64 % des personnes âgées en institution gériatrique présentent un statut nutritionnel défavorable. Le ratio de déchets alimentaires par repas dans le secteur de la santé est le plus élevé de la restauration collective : 330 000 tonnes sont gaspillées par an, soit 750 millions d'euros jetés à la poubelle, sans compter l'impact environnemental.

Les pouvoirs publics veulent changer les choses : la loi Egalim oblige ainsi les gestionnaires de restauration collective à acheter des denrées de qualité, produites de manière durable. Et le Conseil national sur l'alimentation concernant l'hôpital préconise une réorganisation pour offrir le choix des repas et renouer avec le plaisir.

Changer les habitudes n'est pas simple car l'acteur majeur de la nutrition, c'est le patient, et sa capacité et son envie à consommer ou pas ce qu'on lui propose à manger ; mais il est possible de mieux manger sans pour autant dépenser plus : plusieurs programmes déployés dans des établissements le prouvent.

TABLE DES MATIÈRES

1

LES CARENCES
DU SYSTÈME ACTUEL
Page 7

2

L'ALIMENTATION, PIERRE ANGULAIRE
DE L'OFFRE DE SOINS
Page 13

3

UN NOUVEAU CADRE RÉGLEMENTAIRE
POUR UN NOUVEAU CAP
Page 23

4

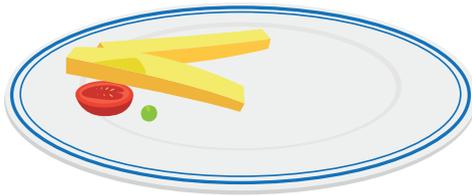
LES LEVIERS
D'UN NOUVEAU PROJET ALIMENTAIRE
Page 31

5

MIEUX NOURRIR EN DÉPENSANT MIEUX
Page 39

RETOURS D'EXPÉRIENCE
Page 47

POUR EN SAVOIR PLUS
Page 55





LES CARENCES DU SYSTÈME ACTUEL

Standardisée à l'extrême pour des raisons économiques et sanitaires, la restauration collective a, dans bien des endroits, perdu de vue son objectif premier, celui de contribuer à la bonne santé des convives tout en lui apportant un moment de plaisir. La recherche de la maîtrise des coûts et des risques a progressivement facilité le remplacement de repas « maison » par des menus composés de produits industriels transformés et assemblés sur place. Résultat, l'image qui vient à l'esprit de la majorité de nos concitoyens lorsqu'on mentionne la restauration collective, c'est celle d'un plateau-repas, composé de barquettes plastiques à la nourriture insipide, qui ne prend pas en compte les goûts de chacun et ne donne surtout pas envie de manier sa fourchette.

Le désastre de la dénutrition

L'uniformisation poussée à son paroxysme (menus peu diversifiés, grammage unique, absence de dressage) a des effets négatifs sur la santé des patients qui mangent peu, voire refusent de s'alimenter.

Problème majeur de santé publique, la dénutrition, trop souvent associée aux seuls pays en voie de développement, a de graves conséquences sur le bien-être des patients et résidents des établissements sanitaires et médico-sociaux. Selon le professeur Eric Fontaine, initiateur en 2015 du Collectif de lutte contre la dénutrition, elle toucherait 30 à 40 % des patients des hôpitaux. Cette calamité frappe particulièrement les seniors (70% des personnes âgées hospitalisées et jusqu'à 38% des convives d'une maison de retraite).

Les études du programme Renesens (voir chapitre 5) montrent que la consommation réelle des viandes en gériatrie est inférieure à 100 grammes pour 76% des sujets et at-

teint 104 grammes côté féculents (alors que le Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition recommande entre 100 et 120 grammes dans le premier cas et 160 grammes dans le second).

Généralement sous-estimée, la dénutrition entraîne une perte de poids et de la puissance musculaire. Elle empêche de combattre la maladie en raison de la baisse des défenses immunitaires et accélère la dépendance des personnes âgées ou déjà fragiles. Le risque de mortalité est ainsi quatre fois plus important chez un individu dénutri et les infections nosocomiales trois fois plus fréquentes.

La dénutrition implique par ailleurs de nouveaux soins, générant des dépenses supplémentaires (personnel, médicaments, équipements, surveillance accrue...), allonge la convalescence et les délais de récupération, voire rend nécessaire une nouvelle hospitalisation.

L'ampleur du gâchis alimentaire

Sous couvert de maîtrise des budgets, la politique alimentaire actuelle provoque paradoxalement des dépenses improductives ou inutiles, et dégrade fortement l'image de la restauration collective, de moins en moins attractive, et du métier de cuisinier.

Pour chaque repas produit par la restauration collective, 167 grammes partent à la poubelle. Les chiffres sont encore plus alarmants dans les établissements de santé, avec une moyenne établie à 264 grammes. La nourriture inutilisée représente, en moyenne pour chaque convive d'un EHPAD, entre 20 à 30% des aliments qu'on lui présente.



UN BILAN MI-FIGUE, MI-RAISIN

N'hésitons pas à mettre les pieds dans le plat, certaines données chiffrées concernant la restauration collective montrent l'étendue des marges de progrès, aussi bien en termes de gâchis que d'apport des repas produits sur la santé :

entre 3 et 10 %
des repas préparés
atteignent leur date limite
de consommation
sans être distribués

37 %
des aliments servis aux
patients et résidents ne sont
pas consommés

64 %
des personnes âgées
en institution gériatrique
présentent un statut
nutritionnel défavorable

Selon les données de l'Agence de la transition écologique (ADEME), le gâchis alimentaire monétisé se chiffre entre 30 et 40 000 € annuels pour un restaurant servant 500 convives en moyenne 200 jours dans une année. La perte s'élève, à l'échelle du pays, à 16 milliards d'euros, à quoi il faut ajouter le traitement des déchets et l'impact environnemental car fabriquer un repas nécessite la consommation de matières premières, mais aussi d'eau et d'énergie, sans oublier l'émission de gaz à effet de serre (3 % des émissions carbone).

L'Agence a évalué le gaspillage d'un EHPAD de 30 résidents à 3,2 tonnes par an, soit l'équivalent de 13 000 repas pour une dépense de 19 000 € en denrées.



Estimation du gaspillage d'un EHPAD de 30 résidents



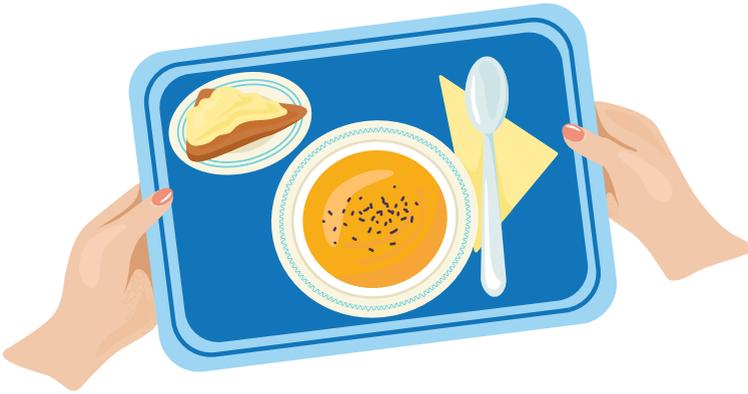
LA SOUPE À LA GRIMACE

Remplir une poubelle de repas non consommés, cela coûte cher puisqu'il a fallu acheter les denrées, payer les salaires du personnel de la cuisine, investir dans le matériel, payer le gaz et l'électricité. Mais il faut aussi régler la facture du traitement des déchets très souvent incinérés. Le conseil départemental de la Gironde a ainsi estimé que le coût de gestion du gaspillage s'élevait il y a quelques années à

6 millions d'euros par an et que chaque tonne d'aliments jetés était responsable de l'émission de 4,5 tonnes d'équivalent CO₂.

À RETENIR

Même si les causes du gaspillage sont polymorphes (mauvaise conservation des produits, proportions inadéquates lors de la préparation des menus), la cuisine uniformisée, inadaptée aux goûts (préférences, habitudes et cultures alimentaires) et aux besoins de chacun (quantités proposées trop importantes, repas du soir trop copieux et servis trop tôt) l'absence de choix entre différents plats ont un impact énorme sur les restes retrouvés dans les assiettes et sur la dénutrition de certains convives.





L'ALIMENTATION,
PIERRE ANGULAIRE
DE L'OFFRE DE SOINS

La restauration contribue, comme les thérapies et les médicaments, à la bonne santé des patients et des résidents. Le repas est un moment de soin et de bien-être.

De manière générale, le moment du repas en milieu hospitalier n'est pas forcément appréhendé comme un soin à part entière. L'offre alimentaire hospitalière est standardisée pour l'adulte : elle respecte les aversions, les allergies, mais elle n'est pas individualisée. Les études réalisées démontrent que les patients consomment moins de 50 % des apports protéiques nécessaires et que la durée du jeûne nocturne dépasse les treize heures.

Si bien se nourrir est un facteur de guérison et de bonne santé, le séjour à hôpital ne doit pas être à l'origine d'une malnutrition. Aussi, diagnostiquer la dénutrition à l'hôpital et en institution, la traiter et mieux encore, la prévenir, est un véritable enjeu de santé publique.

L'alimentation : un acte essentiel de soin, de plaisir et d'identité

L'espérance de vie en bonne santé des humains est définie en partie par notre patrimoine génétique mais avant tout par notre environnement. Au cœur de celui-ci la nourriture prend une place majeure.

L'aliment est un vecteur de vie car il permet de couvrir les besoins nutritionnels essentiels pour assurer le fonctionnement de notre métabolisme et nous apporter l'énergie nécessaire à notre activité.

L'aliment est également un support à notre santé, et au travers des macronutriments (protides, glucides, lipides) et des micronutriments (vitamines, sels minéraux, oligo-éléments), nous disposons

des éléments essentiels pour vivre en bonne santé.

Manger n'est pas uniquement un besoin biologique. En effet, l'acte alimentaire permet de satisfaire un besoin culturel, affectif et social. Chacun a une histoire avec l'alimentation qui lui est propre. Celle-ci se construit en prenant en compte des paramètres individuels et culturels. Le biologique influence les besoins, l'environnement et le culturel impactent les choix et les préférences. Les facteurs culturels et psychologiques s'ajoutent à nos déterminants biologiques pour expliquer les comportements alimentaires de chacun.



Comment respecter les éléments fondamentaux de l'alchimie complexe de l'acte alimentaire en établissements de santé ?

Répondre aux enjeux alimentaires en établissements de santé

Le repas en institution a un caractère ambivalent puisqu'il est très encadré et, dans le même temps, il est une source d'expression de l'identité. L'exemple de la prise en charge des personnes âgées dans les structures gériatriques de court séjour, en SSR ou en secteur d'hébergement, est symptomatique de la difficulté des établissements de santé sanitaires et médico-sociaux. Les séniors constituent la part d'activité la plus importante des établissements de santé.

Cette restauration évolue dans un contexte contraignant : la vie en collectivité, le poids des organisations et horaires, le temps repas subi en groupe... Elle doit aussi composer avec la solitude qui s'installe, la vie qui s'en va... Et l'alimentation corrélée avec l'envie de vivre devient source de complexité : la perte d'envie de se nourrir installe la dénutrition ; les pathologies cognitives et chroniques viennent compléter le champ des difficultés pour nourrir l'homme âgé.

L'immersion dans une organisation gériatrique éloigne irrémédiablement l'être humain de son état initial de « citoyen mangeur ». Il est réduit au statut de patient, de résident, de client, de personne âgée.

Manger, un acte de partage

Manger est un acte essentiel, basé sur le partage et l'envie, et articulé autour de 3 temps : celui de choisir soi-même les aliments, les cuisiner et les partager lors du repas.

La collectivité ôte à l'être humain le temps de la « cueillette », celui de la préparation et vide le temps du repas de son sens.





Comment rendre la dignité alimentaire aux êtres humains âgés en institution ?

Il faut imaginer un nouveau modèle basé sur l'authenticité proche d'une **alimentation comme « à la maison »**.
Nourrir le désir et le cœur et redonner du sens devient essentiel pour :

- Permettre aux « citoyens mangeurs » âgés de **participer activement au choix de leurs produits, faire le marché**, cultiver leurs fruits et légumes ...
- Organiser l'institution pour **que chacun puisse cuisiner**, participer pour partager une cuisine du marché, de la saison et de l'envie
- Manger **ce qu'il veut quand il le souhaite** en dehors des menus et d'organisations figées.





Comment relever le défi d'une alimentation adaptée en établissement de santé ?

Abandonner l'approche collective

En premier lieu, l'alimentation en institution doit se démarquer de la restauration collective. Les êtres humains accueillis présentent une situation de fragilité liée à des pathologies chroniques, des déficiences intellectuelles, un déclin cognitif, des situations de handicap. Ces contraintes peuvent se cumuler et être accentuées par l'âge. Face à la complexité de prise en charge des patients et résidents, une restauration « passe partout » est totalement inadaptée.

Mettre en place une prise en charge individuelle intégrant les contraintes liées aux éléments de fragilités en lien avec chaque pathologie (chronique, déclin cognitif, déficience intellectuelle, handicap). La notion d'âge est également à prendre en compte pour adapter la prestation.

Identifier et intégrer les contraintes nutritionnelles dans l'alimentation

Les éléments de fragilité alimentaire à intégrer sont nombreux et constituent un enjeu clé pour les services restauration des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces dernières années de nombreux travaux ont été conduits pour décrire ces éléments et les traduire en données.





LE REPAS, BOUCLIER CONTRE LE DÉCLIN COGNITIF

Débuté en janvier 2021 pour une durée de 5 ans, le projet **Silver Brain Food** est un projet de recherche innovant qui vise à développer des solutions, des produits et des services de proximité, personnalisés, pour accompagner les séniors, autonomes ou dépendants, dans la prévention du déclin cognitif en leur proposant une alimentation riche en nutriments essentiels à la santé cérébrale.

L'identification d'une combinaison optimale de nutriments par une approche de recherche interdisciplinaire est à la base des innovations technologiques développées dans le projet Silver Brain Food :

- Le développement de solutions digitales de coaching nutritionnel et de suivi personnalisé non stigmatisant favorisant l'adoption d'une alimentation à forte densité neuro-nutritionnelle à destination des particuliers et des professionnels de la restauration collective.
- L'élaboration d'une gamme d'aliments à haute densité neuro-nutritionnelle standardisés en nutriments scientifiquement validés pour leurs actions préventives du déclin cognitif.
- Le développement d'extraits riches en neuro-phyto nutriments obtenus par un éco-procédé industriel innovant.

*Solutions digitales
de coaching nutritionnel*

*Aliments
à haute densité
neuro-nutritionnelle*



*Développement d'extraits
riches en neuro-phyto
nutriments*

La restauration : un atout en termes d'attractivité

Dans un environnement de plus en plus concurrentiel, l'alimentation est aussi un élément de marketing et de l'offre globale d'un établissement sanitaire ou médico-social : il peut attirer ou faire fuir la patientèle. L'alimentation des patients, résidents dans les établissements de santé doit être abordée dans le cadre de l'évolution du lien entre les citoyens et leur nourriture. Le repas à l'hôpital ou en EHPAD ne peut échapper aux enjeux de qualité, de sincérité et de transparence attendus par les consommateurs.

Depuis longtemps les repas à l'hôpital sont connotés négativement. L'image dégradée du repas en établissement de santé est liée au fait que les organisations prennent le dessus par rapport aux attentes des convives. Le recours à des emballages plastiques, les horaires de repas inadaptés, l'environnement des repas (plateaux, chariot, vaisselle, lieu de restauration) sont autant d'éléments destinés à faciliter les organisations de production et de distribution des repas.

Les groupes médico-sociaux privés ainsi que des établissements de

la sphère publique intervenant dans la sphère de la gériatrie ont initié depuis plusieurs années un travail important autour des fonctions restauration et hôtellerie. Les repas constituent un élément central pour forger une image qualitative basée sur le confort et le plaisir de se restaurer. Les axes marketing sont basés sur les menus, la qualité des produits mais surtout sur l'environnement hôtelier (nappage, verrerie, couvert, mobilier...), sur les animations et sur une approche « gastronomique ».

Certaines entités font à ce titre valider leur offre de restauration par des guides pour labelliser leur dispositif. Il sera important pour les établissements de santé de ne pas occulter l'importance de l'image de l'offre de restauration et la place qu'elle occupe dans la prise en charge des patients et résidents. Les temps à venir imposeront aux institutions une mise en lumière de leurs activités supports et notamment de la restauration. Il s'agit d'un réel élément différenciant dans un environnement fortement concurrentiel.

Organiser la prise en charge alimentaire des convives en intégrant la place stratégique de l'environnement de la restauration

Les plats et aliments servis ne représentent que 20 % dans la construction du ressenti « client ».

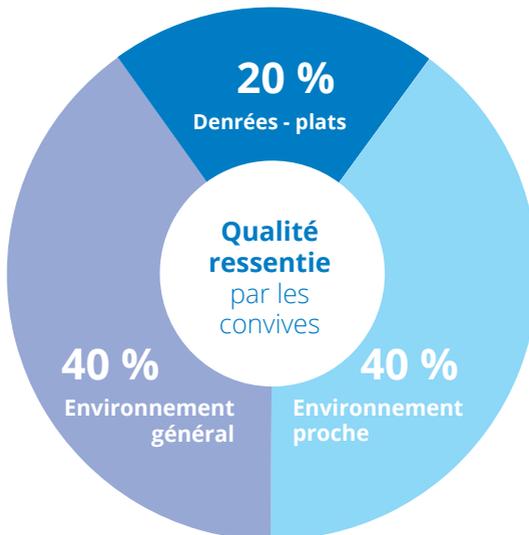
40 % de cette construction est basée sur l'environnement proche : choix de vaisselle, couverts, verrerie, serviettes, plateaux...

40 % pour l'environnement large : le lieu de restauration, le mobilier, l'éclairage, l'ambiance sonore, la présentation et le professionnalisme des personnels de service...

L'environnement représente 80 % de la qualité ressentie !

Professionaliser l'environnement, c'est agir efficacement sur le plaisir de se restaurer des convives.

La difficulté de la restauration santé porte sur le fait que l'environnement de la restauration est délégué aux équipes soignantes : comment garantir la satisfaction des consommateurs quand 80 % du dispositif alimentaire n'est pas maîtrisé par des professionnels de la restauration. La constitution d'équipes hôtelières, l'intégration de personnels de cuisine dans les phases de service est nécessaire pour maîtriser la distribution des repas.



Dans son avis publié en 2017, le Conseil national de l'alimentation (CNA), instance consultative indépendante, insiste sur l'importance de la présentation du plat (dressage, art de la table, informations sur les menus et les denrées employées...) et plus largement du cadre du repas (horaire, ambiance, temps mis à disposition de l'aide-soignant pour aider le patient à s'installer...). Plusieurs études ont montré que la consommation des aliments peut être améliorée par leur mise en valeur.

Travailler sur la qualité des produits et sur les recettes ne suffit pas. Ainsi, rendre le patient acteur de son alimentation et de la composition de ses repas est un élément clé de la perception d'amélioration.

Le repas ne doit pas être subi, il doit être choisi. Lorsqu'il peut décider de ce qu'il mange et du moment où il prend son repas, un patient l'appréciera plus. Ces paramètres sont donc à intégrer pour limiter la dénutrition et le gaspillage.

L'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) recommande ainsi de respecter le patient pour donner à l'alimentation tout son sens : nutritionnel, comme personnel (prise en considération des choix, du temps des repas. . .). Une offre alimentaire réduite, sans alternative, expose plus facilement le patient à ses aversions, et ne prend pas en compte ses préférences culinaires, ses habitudes ou sa culture.

À RETENIR

Premier médicament, le repas, nécessaire biologiquement, est aussi un geste de plaisir et un acte social et culturel. À l'instar de la performance du personnel soignant et du plateau technique, la qualité des repas (contenu et présentation), est une composante de l'offre d'un établissement, qu'il ne s'agit pas de sous-estimer.



3

**UN NOUVEAU CADRE
RÉGLEMENTAIRE
POUR UN NOUVEAU CAP**

Une alimentation plus saine demeure le socle fondateur de la santé publique. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont décidé de favoriser l'accès à une nourriture de qualité en fixant des objectifs chiffrés et en utilisant les leviers de la commande publique et de la restauration collective.

Supports ambitieux de cette politique, la loi Egalim et le Programme national nutrition santé (PNNS) doivent permettre aux hôpitaux et aux EHPAD de se saisir de la problématique, de la placer au centre de leurs projets d'établissement et de lancer des plans d'action.

La loi Egalim montre la voie à suivre

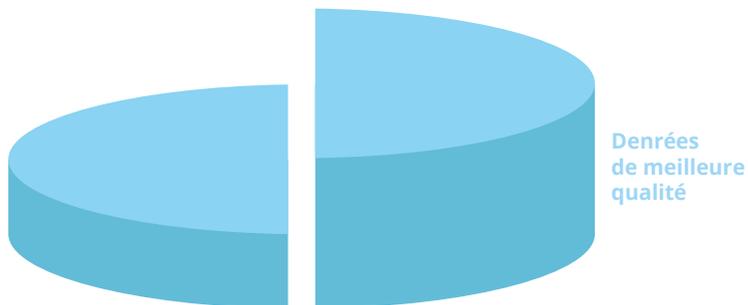
L'un des piliers de cette nouvelle politique est incarnée par la loi du 30 octobre 2018, dite Egalim.

Le texte poursuit plusieurs objectifs : démocratiser l'accès à une alimentation plus saine et plus durable, renforcer la qualité environnementale des denrées, améliorer la rémunération des producteurs, et participer à la réduction des emballages plastiques.

La loi renferme tout un ensemble de mesures que doit appliquer toute ou partie de la restauration collective publique, qu'elle soit gérée directement ou concédée. Son décret d'application a été publié au Journal officiel du 24 avril 2019.

La mesure phare de cette législation consiste à imposer aux cuisines l'achat de denrées de meilleure qualité, à hauteur de 50%, à partir de janvier 2022.

Ce quota sera calculé sur une année civile en prenant en compte la valeur d'acquisition HT des produits employés pour constituer l'ensemble des repas, boissons comprises.





La loi Egalim par le menu

À partir du 1^{er} janvier 2022

- Préparation de repas comportant au moins 50% de produits de qualité et durables, dont 20% de produits bio dans l'ensemble de la restauration collective (crèches, écoles, collèges, lycées, universités, hôpitaux, maisons de retraite...).
- Les établissements auront également à réaliser un bilan statistique annuel du respect des quotas.

Depuis le 1^{er} janvier 2020

- Interdiction pour tous de rendre impropre à la consommation les invendus alimentaires encore consommables (amende de 3 750 €).
- Interdiction pour tous d'utiliser des ustensiles plastiques à usage unique.
- Interdiction d'utiliser dans les restaurants scolaires des bouteilles d'eau en plastique.

Depuis le 22 octobre 2020

- Création obligatoire pour tous les sites de restauration collective d'une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire avec la communication annuelle des résultats.
- Obligation de proposer à une association, habilitée pour l'aide alimentaire, une convention de dons pour les sites produisant plus de 3 000 repas/jour.

Depuis novembre 2019

- Instauration dans les cantines des établissements scolaires d'un repas végétarien une fois par semaine (expérience pendant deux ans).

Depuis novembre 2018

- Définition d'un plan pluriannuel de diversification de protéines pour toute la restauration collective publique.

Plusieurs catégories de produits peuvent entrer dans le calcul :

- Les denrées bénéficiant du label rouge, d'une appellation d'origine (AOP), d'une indication géographique (IGP), du logo « Région ultrapériphérique », de l'écolabel « pêche durable », ou des mentions « fermier », « produit de la ferme » ou « produit à la ferme » (à condition qu'il existe une définition réglementaire de leurs conditions de production, comme pour les œufs, les fromages, les volailles...)
- Les denrées produites par une exploitation à « haute valeur environnementale »
- Les spécialités traditionnelles garanties
- Les produits équivalents aux exigences définies par les labels ou certifications précités
- Les produits acquis selon des modalités prenant en compte les coûts imputés aux externalités environnementales liées au produit pendant son cycle de vie (par exemple le coût carbone).



*Attention,
**les produits issus
du commerce équitable
ne pourront pas
être comptabilisés
pour atteindre le seuil de 50%.***





EGALIM : ÉTAT DES LIEUX DANS LA RESTAURATION SCOLAIRE

Plus de 3000 communes ont répondu à l'automne 2020 à l'enquête lancée par l'Association des maires de France (AMF) au sujet de l'application de la loi Egalim. Parmi les points positifs, **43% du panel déclare déjà avoir entre 25 % et 50 % de produits de qualité et durables en valeur d'achat.** Et 19% des répondants assurent dès à présent respecter les obligations prévues par Egalim. **54% des collectivités questionnées ont déjà banni les contenants alimentaires en plastique.** Et 57% avaient ou étaient en train

d'élaborer un diagnostic de lutte contre le gaspillage.

Mais 82% des collectivités interrogées admettent rencontrer des difficultés vis-à-vis d'Egalim : coût engendré, insuffisance de l'offre de produits bio, incapacité des producteurs locaux à répondre aux cahiers des charges... Une sur cinq ignore quelle est la part des produits bio dans les repas servis. Enfin **seuls 36% de l'échantillon pensent pouvoir atteindre l'objectif au 1^{er} janvier 2022** (le taux passe à 73% pour les villes de plus de 30 000 habitants).

Cette législation ouvre la voie vers la qualité et le rôle que joue l'alimentation dans le soin et le moral des patients. Tous les établissements qui ont initié la voie vers la loi Egalim au travers du chantier de la lutte contre le gaspillage alimentaire profitent des économies réalisées pour repenser les menus, les achats et la gestion des surplus.

En luttant contre les pertes, on ouvre une formidable porte vers un enjeu encore plus grand qu'est la généralisation de l'alimentation durable.

La dénutrition, axe majeur du programme national nutrition santé

Démarré il y a vingt ans, le Programme national nutrition santé (PNNS) est un plan de santé publique dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé des Français en modifiant leurs habitudes alimentaires.

Lancé en septembre 2019 par le ministère de la Santé, le quatrième opus du PNNS fixe quatre priorités jusqu'en 2023, parmi lesquelles figure la dénutrition. Il comprend une série d'actions, dont la mise à jour des recommandations nutritionnelles en restauration collective, et l'extension du dispositif Nutri-Score dans ce secteur d'activité, ainsi que des **objectifs chiffrés** :

- Réduire de 15% le pourcentage de personnes dénutries de plus de 60 ans et de 30% s'agissant des personnes de plus de 80 ans
- Baisser de 20% le pourcentage de patients hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation
- Stopper la croissance de la consommation des produits ultra-transformés (selon la classification NOVA) et réduire la consommation de ces produits de 20% sur la période entre 2018 et 2021
- Faire en sorte que la totalité de la population consomme au moins 20% de fruits et légumes, produits céréaliers et légumineuses issus de produits bio par semaine.



BÈGLES, DÉJÀ DANS LES CLOUS

Depuis la rentrée de septembre 2020, la cuisine centrale de la mairie de Bègles (28 000 habitants, Gironde), chargée de produire chaque jour 2500 repas à 17 sites, dont 13 établissements scolaires, a déjà dépassé les quotas fixés par la législation avec 65% de produits bio utilisés.

La collectivité a démarré le processus dès les années 2000, de manière progressive, en commençant par les produits laitiers, certains fruits et légumes. Les œufs, l'huile, les yaourts, la viande de bœuf et le poulet ont suivi. Une équipe de 18 personnes élabore la quasi-totalité des repas, avec l'aide d'une légumerie. Les dépenses liées aux 4^{ème} et 5^{ème} gammes (produits agricoles crus ou cuits prêts à l'emploi) représentent moins de 10 000 euros sur un budget dédié aux achats alimentaires de 850 000 euros.

À RETENIR

Le législateur souhaite clairement un changement de comportement alimentaire, première pierre d'une bonne santé, notamment en modifiant les pratiques de la restauration collective (achats de denrées de meilleure qualité) dès 2022. Les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent saisir l'opportunité de l'application de ces nouvelles règles pour réfléchir à la mise au point d'une nouvelle offre alimentaire.



4

LES LEVIERS D'UN NOUVEAU PROJET ALIMENTAIRE

Le menu d'un nouveau projet alimentaire dans une structure sanitaire ou médico-sociale se compose de trois composants principaux : les achats de denrées vertueuses, la place majeure du métier de cuisinier et le retour d'une restauration collective à taille humaine.

Les achats de denrées

L'impact des aliments ultra transformés (AUT) sur la santé

Ces plats sont basés sur des formulations industrielles élaborées, contenant au minimum 5 ingrédients tels que des graisses, du sucre, du sel et additifs non utilisés en cuisine domestique, destinés à imiter les propriétés naturelles des aliments bruts ou à masquer des saveurs non désirées.

Plus le niveau de transformation industriel est important, plus il est susceptible d'avoir un effet néfaste sur la santé, surtout s'il est consommé fréquemment. Leur faible effet rassasiant allié à une forte charge énergétique peut favoriser la survenue de troubles métaboliques.

L'impact de ces aliments est identifié : l'INSERM a réalisé une étude entre 2009 et 2017 sur de nombreux sujets âgés de plus de 18 ans pour mettre en évidence ce rapport de cause à effet. La conclusion rendue en 2018 souligne qu'une augmentation de 10% de la consommation de produits ultra transformés

est associée à une augmentation d'environ 10% de risques de cancer. Les plats ultra transformés font d'ailleurs l'objet d'un objectif de réduction en termes de consommation par les citoyens dans le cadre de la loi Egalim.

Choisir les aliments vertueux chargés de sens nutritionnel pour une alimentation raisonnée

Face à un bilan écologique alarmant, les pouvoirs publics ont initié le Grenelle de l'environnement afin de déterminer les actions en faveur de l'écologie, de l'environnement et de la sauvegarde de la biodiversité. La loi Grenelle 2 aborde la problématique du gaspillage alimentaire et l'obligation de tri et de valorisation des déchets alimentaires en restauration collective. Les Etats généraux de l'alimentation et la loi qui en découle (loi n°2018-938 dite EGALIM votée en 2018) visent entre autres à promouvoir des choix alimentaires sains et respectueux de l'environnement.

Les moyens humains et matériels nécessaires

Repositionner les cuisiniers

Les mutations d'organisation identifiées lors des 3 dernières décennies portaient sur la maîtrise sanitaire, les organisations et process de production en vue d'une réduction des coûts de production. Pour asseoir la performance, la délégation de fabrication des préparations s'est intensifiée. Ainsi le terme PPE (préparation prête à l'emploi) a été créé pour décrire les aliments ultra transformés présentés sous différentes gammes : 2^e gamme « appertisés », 3^e gamme « surgelés », 5^e gamme « cuit prêt à l'emploi ». La loi Egalim et le Plan National Nutrition Santé 4 mettent en avant la nécessité de la mise en œuvre de produits alimentaires avec label qualité durable et de produits bio. La mise en œuvre de fabrication « maison » est également identifiée pour atteindre les objectifs en lien avec l'alimentation.

Pour relever les défis il sera nécessaire de repositionner le cuisinier et son savoir-faire au cœur des organisations. Le cuisinier doit également jouer son rôle de professionnel pour le choix des produits en lien avec une politique d'achat de proximité. Créer le lien entre le producteur de produits alimentaires et le professionnel de cuisine est un moyen adapté pour respecter les enjeux de la loi Egalim. Il semble nécessaire de bâtir un nouveau modèle fait de simplicité et d'un lien entre les êtres humains, d'une alimentation du territoire à la bouche.

Intégrer le concept de responsabilité sociétale des entreprises (RSE)

Ce nouveau projet alimentaire s'intègre dans une démarche de RSE, concept qui met en perspective l'activité de production ou de service d'une entreprise, en mettant en lumière sa responsabilité sur plusieurs aspects : vie sociale des personnels (conditions de travail, politiques d'information, de forma-

tion et de rémunération), vie économique (relations avec les clients et les fournisseurs, et les actionnaires), environnement (impact des activités de l'entreprise), la vie civique (relations avec les institutions publiques, les associations et ONG, et les autres représentants de la société civile).

Les méthodes de travail

[Une restauration à dimension humaine respectant les rituels alimentaires des convives](#)

De nombreux professionnels de la restauration et de la nutrition préconisent, afin de proposer une alimentation adaptée et plus personnalisée, de positionner les cuisiniers au cœur du projet nutritionnel, d'évoluer vers une cuisine de l'inspiration, du moment et de la saison, d'élargir les techniques culinaires et de décliner les textures modifiées ainsi que d'associer les convives à leur restauration et leur nutrition.

Le contenu de l'assiette peut être mis en valeur par le savoir-faire des cuisiniers en produisant maison et en réalisant des enrichissements culinaires pour garantir le plaisir et la performance nutritionnelle.

Les méthodes de travail doivent évoluer vers un recentrage vers l'humain. Les process actuels sont essentiellement tournés vers une

approche technique et économique. Malgré ce focus porté sur l'efficacité des coûts, les résultats ne sont pas atteints en raison notamment d'un taux de gâchis pouvant représenter plus d'un tiers des dépenses alimentaires engagées.

[La dimension des unités centrales de production au cœur des défis](#)

Depuis plusieurs décennies une course s'est engagée quant à la dimension des outils de production. De nombreuses unités de production d'établissement sanitaire présentent des niveaux de production proches de 8 000 à 10 000 repas par jour. Ce niveau d'activité vise à centraliser la production de repas pour une maîtrise des processus sanitaires, à garantir une standardisation de la qualité et à atteindre une efficacité économique.

Les audits conduits par le groupe ec6 depuis 15 ans valident que ces objectifs ne sont pas toujours atteints et que le rapport qualité / coût des prestations reste perfectible. Le taux de fabrication maison est parfois insuffisant. Les organisations complexes mises en œuvre induisent invariablement un taux de gâchis alimentaire important. La mise au point d'unité de production de taille importante doit être questionnée en regard des contraintes qu'elles imposent et de l'éloignement qu'elles induisent par rapport aux défis des lois Egalim, du projet national sur le gâchis alimentaire et des attentes des citoyens.

[Les évolutions nécessaires pour atteindre un rapport qualité/coût/nutrition adapté](#)

Parce que l'alimentation est un sujet qui touche aux caractéristiques et aux savoir-faire d'un territoire, à l'économie, à la santé et à la culture, aux pratiques sociales et aux échanges affectifs, elle implique une approche fortement interdisciplinaire. De ce fait, le constat alarmant relatif à la dénutrition doit être une prise de conscience collective. L'ensemble des acteurs hospitaliers (médicaux, paramédicaux, professionnels de la restauration, gestionnaires) doit pouvoir travailler ensemble pour lutter, prendre en charge, prévenir et traiter la malnutrition.





DES ÉCONOMIES QUI COMPTENT POUR DU BEURRE

La quête continuelle d'économies sur les matières premières peut-elle se justifier lorsque, de manière générale, le budget alimentaire représente 1 à 2 % du budget global d'un établissement de santé, et que 40 % des aliments en moyenne proposés sont jetés ?

Ainsi, lorsque nous parlons « du bon repas pour le bon patient », partie intégrante de la qualité et de la sécurité des soins, nous pourrions aller plus loin et exiger le « bon repas, au bon goût pour le bon patient, et au bon coût ».

Réfléchir aux modes de distribution des repas

Dans son avis sur l'alimentation hospitalière, le CNA insiste sur la réflexion à mener concernant l'organisation, afin d'une part, de protéger le moment du repas, et, d'autre part de simplifier la logistique complexe nécessaire pour acheminer les repas entre l'unité de production et les unités de soins. Les différentes étapes de la distribution ont souvent pour conséquence de dégrader les qualités organoleptiques des produits. Son groupe de travail s'interroge par exemple sur la nécessité du service en chambre même pour les patients autonomes et valides. Il propose en conséquence d'étudier d'autres options (self, restaurants) pour garantir un plus grand choix, une plus grande amplitude horaire de la prise des repas et réduire la charge logistique.

Il faut d'abord et surtout que les mentalités changent pour concevoir le repas comme un vrai temps de soin et de bien-être. Il doit devenir choquant qu'un patient ne déjeune ou ne dîne pas sous prétexte que le repas n'était pas bon, ou qu'il n'ait eu ni le temps ni l'aide nécessaire pour prendre son repas. Il doit devenir choquant qu'un plateau soit jeté partiellement ou dans son intégralité. Les acteurs de la restauration hospitalière, quant à eux, ont le devoir de mobiliser leur savoir-faire pour que le repas proposé soit visuellement appétissant (ne dit-on pas « manger avec les yeux »), qu'il sente bon, qu'il soit de bonne qualité gustative et nutritionnelle afin de redonner l'envie et le plaisir de manger.

À RETENIR

Une nouvelle approche de la restauration collective hospitalière est tout à fait capable, avec l'apport de matières premières saines et de méthodes de travail différentes et recentrées sur l'humain, de fabriquer des repas maison et de proposer des repas bons pour le corps, bons pour le cœur, sans folie financière.



5

MIEUX NOURRIR
EN DÉPENSANT
MIEUX

Plusieurs établissements ont décidé de changer de méthode. Dans le secteur médico-social, le programme Renessens (Réussir écologiquement une nutrition équilibrée et sensoriellement adaptée pour senior) montre qu'il est possible de réduire la dénutrition en EHPAD grâce à une fabrication de repas maison et l'achat de produits de qualité et durables. En Eure-et-Loir, le GIP chargé de la restauration collective, fondé par les Hôpitaux de Chartres et Chartres Métropole, a travaillé pour se doter d'un nouveau référentiel plus adapté à ses différents types de convives.

Une nouvelle politique alimentaire est possible : les enseignements du programme Renessens

Mis en œuvre pendant quatre ans, le programme Renessens est financé par l'Agence nationale de la recherche. Le consortium de ce programme composé de quinze partenaires (ec6, Saveurs et Vie, Inra, le CHU de Dijon, Fédération hospitalière de France) est soutenu par le pôle de compétitivité Vitagora.

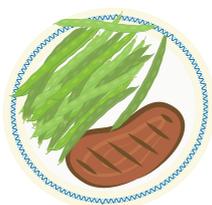
Ce programme innovant est basé sur le principe des profils de man-

geurs pour la restauration des personnes âgées. Les profils de mangeurs constituent le critère d'entrée de prise en charge alimentaire. Les volumes alimentaires ingérables par les personnes âgées en situation de fragilité varient en effet selon l'état de santé et l'âge.

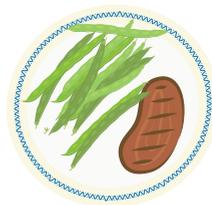
Selon le profil, les volumes alimentaires pouvant être consommés par jour et par personne varient du simple au double !



*Ce que doit manger
une personne âgée
de plus de 65 ans*



*Ce que mange
un petit mangeur
âgé de plus de 65 ans*



*Ce que mange
un tout petit mangeur
âgé de plus de 65 ans*

Les besoins nutritionnels, eux, ne varient pas, voire s'intensifient en cas de statuts nutritionnels défavorables. Enrichir l'alimentation, c'est-à-dire augmenter la densité nutritionnelle des plats sans augmenter - voire en réduisant - la taille des portions, est un levier essentiel pour permettre aux petits mangeurs âgés de couvrir ces besoins.

Le consortium a construit une approche novatrice pour répondre à ces enjeux et a souhaité mesurer l'efficacité du dispositif dans le cadre de deux « living lab » au travers de deux EHPAD, les résidences Sainte-Elisabeth et Saint-Vincent de la fondation Partage et Vie. Pour accompagner l'innovation, une société dédiée à la recherche de solutions alimentaires innovantes en lien avec la nutrition a développé une gamme de produits d'enrichissement, d'aide à la texturation pour répondre aux enjeux de densification nutritionnelle pour les plats préparés et notamment pour les textures modifiées.

En 2016, deux partenaires Renesens ont repris la restauration des deux EHPAD et mis en place la nouvelle méthodologie (formation du personnel, dépistage des profils de mangeur, individualisation de l'offre alimentaire en fonction du profil du mangeur).

Cette approche différente a permis de mettre en application la loi Egalim, de proposer des fabrications 100 % maison sans recours à des produits industriels, de s'approvisionner en circuits courts avec 75 % de produits frais, de proposer des plans alimentaires et menus enrichis en protéines et calories et des textures modifiées.



UNE CUISINE MAISON DANS UN BUDGET MAÎTRISÉ

L'expérimentation prouve qu'il est possible de faire de la cuisine maison de qualité, efficace sur le plan nutritionnel et appréciée des résidents, que la loi Egalim est facile à appliquer, que le plaisir de cuisiner reste intact avec une réelle faisabilité technique, et enfin, que le coût matières premières par repas est plutôt bas.

En effet, au sein des deux résidences, il s'est élevé à 1,87 € TTC, sachant que la moyenne nationale se situe vers 2 € TTC.



Deux panels de 40 convives

Sur chaque site, un panel de 40 résidents a été suivi pendant trois ans, tant sur le plan de la santé que du bien-être. Côté santé, ont été pris en compte l'évolution de la courbe de poids, le taux d'albumine, la consommation de médicaments en lien avec les pathologies, la consommation des compléments alimentaires de l'industrie pharmaceutique, les durées d'hospitalisation. Ce travail a été mené à bien en lien avec le médecin coordonnateur, l'équipe soignante et un ingénieur nutritionniste.

Côté bien-être, les points majeurs étaient les suivants : le ressenti des personnes âgées quant à la prestation culinaire (satisfaction ou non), la mesure du poids des aliments ingérés sur une journée pour calculer les apports nutritionnels, le relevé du gâchis alimentaire fréquent, et l'espérance de vie. Une grande tendance se dégage : en temps normal, au sein de l'institution, la courbe de poids se dégrade. Or, grâce à l'alimentation expérimentée, elle s'est stabilisée rapidement, ce qui induit une possible évolution favorable de l'espérance de vie des personnes âgées.

Un modèle économique viable : évaluation du coût/bénéfice d'une alimentation personnalisée auprès de personnes âgées dépendantes

Deux ans plus tard, une comparaison de ces deux EHPAD par rapport à un EHPAD qui propose une restauration standard (sans individualisation) a montré des coûts de repas équivalents : 4,20 €/jour avec la méthodologie Renessens et 4,30 €/jour en restauration standard (dépenses alimentaires, frais de personnel et de fonctionnement, dépenses liées aux investissements).

Un nouveau référentiel alimentaire à Chartres

Associant Chartres Métropole et les Hôpitaux de Chartres, un GIP, créé en 2017, est chargé de produire, en liaison froide, l'ensemble des menus proposés dans les hôpitaux, EHPAD, crèches, centres de loisirs et écoles de l'agglomération chartreuse, soit près 1,8 million de repas par an.

Comprenant que l'alimentation fait partie intégrante des soins et qu'elle a un impact majeur sur la santé des convives notamment les personnes hospitalisées et les résidents de maisons de retraite, le GIP a décidé de reconfigurer son offre dans le but de garantir une alimentation qui respecte les contraintes et les attentes de la diversité de ses convives, et de

concevoir un référentiel.

Pour ce faire, la structure a établi une typologie fine des bénéficiaires par catégorie (enfants, adultes, seniors, utilisateurs du self), par secteur (cardiologie, maternité, diabétologie, SSR, pédiatrie, crèche, maison de l'enfance, foyers et maisons de retraite...) avec le nombre de repas servis, et dans certains cas l'âge moyen des convives. Comme les besoins varient selon les familles de consommateurs, un nombre de calories quotidien a été retenu pour chacune d'entre elles, ainsi qu'une répartition différente et adaptée des apports nutritionnels.

Un plan alimentaire a été conçu en fonction de cette structuration, avec une déclinaison de menus variant selon les saisons. Dans un souci d'optimisation des productions, il a été établi à partir des cibles à atteindre pour la population adulte, puis il a été décliné pour les autres concepts alimentaires (enfance, petite enfance, personnes âgées et self). Un protocole d'enrichissement a également été mis au point, à destination des personnes à risque, ou en état de dénutrition modérée ou sévère.

À RETENIR

Ces différentes initiatives démontrent qu'il est possible, sans générer de dépenses supplémentaires, de distinguer différents profils de mangeurs, de proposer aux patients et résidents des repas maison enrichis et d'enrayer la dénutrition et le gaspillage.

RETOURS D'EXPÉRIENCE



Jean-Marc Thoumieux,
responsable hôtellerie et restauration du groupe Colisée

POUVEZ-VOUS PRÉSENTER VOTRE GROUPE ?

“ Le groupe Colisée a été créé à partir de 2014, reprise des Jardins de Cybèle qui rassemblait une quarantaine d'EHPAD principalement en région bordelaise. Il s'est ensuite agrandi au fil des années. Aujourd'hui, nous regroupons 110 établissements en France, principalement de l'hébergement de personnes âgées dépendantes, soit 7500 résidents. ”

COMMENT EST ORGANISÉE LA PRODUCTION DES REPAS ?

“ Le groupe définit les menus et des marqueurs produits à l'échelle nationale, par exemple le label rouge pour la viande. S'il a été décidé d'instaurer un jus de fruits bio au petit-déjeuner, ce choix s'impose à tous auprès d'un fournisseur générique. Cependant, dès lors que nous sommes sollicités par un établissement parce qu'il existe un prestataire, acteur incontournable du tissu local, nous autorisons certaines dérogations à cette règle. Chaque site dispose de sa propre équipe de restauration. C'est un principe. À chaque fois qu'un établissement rejoint le groupe en France, les équipes d'un éventuel sous-traitant sont intégrées. Nous sommes convaincus qu'il s'agit de la meilleure solution pour adopter une ligne de conduite commune. Les repas sont fabriqués 100% maison et les produits finis industriels sont interdits. 15 à 18 000 repas sont conçus chaque jour, y compris pour nos salariés qui mangent la même chose que les résidents. Et quand les agents apprécient ce qui est servi, c'est plutôt bon signe. Les cuisiniers travaillent dans le cadre défini par le groupe, mais ils peuvent l'adapter localement. Par exemple, la polenta sera bien acceptée à Grenoble, mais cela ne sera pas forcément le cas dans l'Ouest. Répartis dans toutes les régions, les établissements du groupe sont très différents, aussi bien par les capacités d'accueil (entre 48 et 130 places), que par l'origine sociale, les habitudes culinaires et le profil des résidents, qui peuvent ne pas souffrir de

pathologies cognitives ou être accueillis dans des unités 100% Alzheimer. Ces différences sont une richesse et nous voulons que les établissements gardent leur âme. ”

COMMENT UNE RESTAURATION COLLECTIVE PEUT-ELLE PRENDRE EN COMPTE CES DIFFÉRENCES ?

“ Il est fondamental de s'adapter au public concerné parce que la notion de plaisir est essentielle. L'âge moyen de nos résidents est de 88 ans, avec une dépendance de plus en plus forte et souvent des problèmes de déglutition. L'alimentation doit donc rester un plaisir pour briser la spirale de la dénutrition et des carences protéino-énergétiques.

Nos résidents ont connu la période de l'immédiat après-guerre, les années cinquante, où l'on cultivait ses propres légumes dans son jardin, où l'on s'approvisionnait auprès d'artisans de proximité, parce que les grandes surfaces n'existaient pas. Nous demandons à nos jeunes chefs de cuisiner comme à l'époque, avec une viande fondante, des carottes capables d'être écrasées à la fourchette.

C'est pour cela aussi que nous prenons en compte les retours terrain. Il ne faut pas être dogmatique. Si un jus d'orange bio avec de la pulpe est jugé trop acide et qu'il ne plaît pas au palais, on trouvera une autre solution. Il ne faut pas oublier que nous avons des êtres humains en face de nous. C'est un travail compliqué parce qu'il faut faire le bon choix et qu'il faut se remettre en question de manière permanente. ”

LE CADRE DANS LEQUEL UN REPAS EST PRIS JOUE ÉGALEMENT SUR LE PLAISIR À S'ALIMENTER. AVEZ-VOUS PRIS DES MESURES PARTICULIÈRES À CE SUJET ?

“ Les repas sont servis en salle avec des assiettes personnalisées, en fonction de l'appétit et des goûts. Deux plats chauds différents sont proposés à chaque fois et les résidents peuvent opter pour l'un ou l'autre au dernier moment. Les assiettes autres que porcelaine sont strictement interdites. Les établissements doivent utiliser des nappes, des serviettes en tissu, installer deux verres, pour le vin et l'eau. La salle de restauration doit être aussi un endroit le plus calme possible. Nous faisons la chasse aux télévisions et à leur volume sonore. C'est important de penser à toutes ces choses. ”

QUEL EST L'IMPACT DE CETTE POLITIQUE SUR LE PRIX DE L'ASSIETTE ?

“ Le groupe a décidé de se donner les moyens d'une offre alimentaire de qualité qui est différenciante. J'ai coutume de dire qu'on ne choisit pas un EHPAD parce que ses infirmières savent faire correctement les piqûres. Beaucoup de leviers peuvent être actionnés afin de dégager des marges de manœuvre, à l'image du gaspillage alimentaire. Aujourd'hui, nous en sommes à 142 grammes jetés par convive et par repas, en dessous de la moyenne nationale qui se situe à 163 grammes. Il y a aussi un vrai travail à mener de rationalisation sur le colisage des fournisseurs ou la saisonnalité des produits. ”

COMMENT LE GROUPE SE SITUE-T-IL PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS FIXÉS PAR LA LOI EGALIM ?

“ Notre but est de les atteindre dès le premier semestre 2021. Il n'est pas certain que les filières bio françaises soient capables de répondre à la demande et nous voulons rapidement sécuriser nos filières d'approvisionnement. ”



Frédéric Durranc,

Directeur des achats et de la logistique, Centre Hospitalier Chalon-sur-Saône (jusqu'en mai 2021)

QUEL EST VOTRE VOLUME DE PRODUCTION ?

« Construite il y a une dizaine d'années, notre cuisine ISO 22 000 fournit 712 000 repas par an, y compris pour un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) géré par la Croix-Rouge. 39 ETP les fabriquent « maison » en liaison froide. Les menus sont uniques et proposés aux patients, résidents et personnels. Des plats constants sont produits quotidiennement afin de proposer des variantes aux patients et aux résidents qui n'aimeraient pas le(s) plat(s) prévu(s) au menu. Par exemple, si une personne n'aime pas le poulet, elle pourra choisir d'autres plats (omelette, jambon...). Comme la prise de commande est informatisée, le logiciel permet de s'adapter à de nombreuses situations. »

COMMENT CONCILIER RESTAURATION COLLECTIVE ET QUALITÉ ?

« Selon moi, l'un des points importants consiste à redonner du sens et ses lettres de noblesse au métier de cuisinier. Le message que je passe à nos salariés, c'est qu'ils sont des cuisiniers, pas des agents d'assemblage. Nous avons donc décidé, il y a quelques années, de refabriquer complètement plusieurs plats (lasagnes, les hachis, crèmes aux œufs, soupes...) et de réinternaliser depuis peu les mixés et moulinsés. Ces fabrications ont également permis d'améliorer significativement l'enrichissement des plats en calories et en protéines.

En plus de la tenue deux fois par an de la commission restauration, une séance de dégustation est organisée tous les mois. Des agents volontaires (cuisiniers, diététiciens et soignants) et des représentants des usagers et du conseil de la vie sociale goûtent et notent les plats. L'objectif de ces séances est d'améliorer continuellement les recettes afin qu'elles puissent répondre aux attentes des patients/résidents. Par ailleurs, le responsable de la restauration va régulièrement déjeuner en compagnie des résidents des EHPAD et recueille leurs commentaires.

Il ne faut pas oublier non plus que 40% de l'évaluation d'un repas est fourni par l'aspect visuel. Si vous servez une nourriture digne d'un restaurant gastronomique dans une barquette, la note finale ne sera pas la même. C'est la raison pour laquelle le centre hospitalier sert, depuis toujours, le plat principal dans une assiette « porcelaine ». L'objectif est de servir en 2021 aux patients/résidents la totalité des plats (entrées, plats principaux et desserts) dans de la vaisselle à usage multiple (vaisselle en plastique, avec un rendu proche de la porcelaine). Ce choix s'explique essentiellement par le poids des grilles sur lesquelles sont stockés les rapiers et ramequins et qui serait alourdi par des contenants porcelaine.

Il est enfin nécessaire de communiquer et de faire savoir ce que l'on fait de bien, notamment auprès des équipes soignantes qui distribuent les repas, car ce sont nos premiers VRP. Notre outil informatique nous permet d'indiquer « fait maison » sur les cartes des plateaux et nous avons demandé à notre éditeur de faire évoluer son logiciel afin que l'on puisse ajouter des mentions et des logos (ex : bio, label rouge...). ”

COMMENT ALLEZ-VOUS RESPECTER LES NOUVELLES OBLIGATIONS LIÉES À LA LOI EGALIM ?

“ Nous sommes confrontés à deux problèmes. Le premier concerne l'approvisionnement. Nous commandons actuellement la quasi-totalité de nos denrées alimentaires via un groupement régional. Tout dépendra donc des résultats des consultations et nous ne savons pas si nous aurons une offre labellisée et bio suffisante pour atteindre les objectifs fixés par la loi EGALIM. En outre, il faut faire attention à ce qui se cache derrière la labélisation des produits (bio...). En effet, tous les cahiers des charges n'ont pas toujours les mêmes exigences/contraintes (ex : un produit bio français et un produit bio étranger peuvent ne pas être équivalents). Il faudra aussi tenir compte dans nos achats de denrées alimentaires de l'impact environnemental lié au transport (ex : faut-il acheter un produit bio étranger en l'absence d'offre local ou nationale afin de respecter la loi EGALIM...). Par ailleurs, nous prospectons pour savoir s'il existe autour de nous des producteurs locaux capables de répondre aux besoins (approvisionnement en quantité et de manière régulière) du CH et des établissements du GHT tout en respectant les règles d'hygiène et de traçabilité. Nous avons commencé à travailler avec un fournisseur de produits laitiers bio et label rouge.

Le deuxième sujet concerne le surcoût, estimé à environ 25 centimes par repas, soit 240 000 euros pour notre CH. Aucune aide particulière n'a été prévue pour mettre en œuvre la loi EGALIM et il est en général entendu que la lutte contre le gaspillage permettra de financer ce surcoût. Mais tout dépend de l'état de maturité de chaque établissement dans le domaine.

À Chalon, nous avons travaillé sur plusieurs axes. Nous avons élaboré des fiches techniques pour chaque recette et mis en place des tableaux de bord pour lutter contre la surproduction. Les grammages ont été réduits, ainsi que le diamètre des assiettes. Les repas du soir sont, sauf exception, passés de 5 à 4 composants. Aujourd'hui, nous avons 22 % de gaspillage alimentaire, contre 36% en moyenne nationale, et notre objectif est de passer à 17%, voire 15%. Nous envisageons également de poursuivre l'enrichissement des plats en lien avec les équipes médicales et paramédicales afin de réduire la prescription des compléments nutritionnels oraux.

La loi EGALIM renferme un risque, celui de financer les 50% de produits labellisés ou bio par la baisse de la qualité des 50% restants. Heureusement, notre directrice qui est très investie dans le domaine de la restauration, nous a demandé de maintenir la qualité de nos repas. Elle nous a donc invité à mener une réflexion au sein de la direction commune afin de trouver les solutions permettant d'appliquer la loi EGALIM tout en maîtrisant le plus possible nos budgets.

Nous avons, par conséquent, réalisé en 2020 un audit sur l'ensemble des unités de production des repas des établissements de la direction commune pour identifier les orientations à mettre en œuvre en 2021 afin d'être prêt pour l'entrée en vigueur de la loi EGALIM (1^{er} janvier 2022). ”

POUR EN SAVOIR PLUS

- *Cahier de préconisations pour la réduction du gaspillage alimentaire en restauration collective*, ADEME et conseil départemental de Gironde, 2012
- *Recommandation nutrition, guide du Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition* (GEM-RCN), 2015
- *Acheter autrement en restauration collective*, Ministère de l'Agriculture, 2016
- *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées*, ministère de l'Agriculture, 2017
- *Réduire le gaspillage alimentaire en restauration collective*, guide pratique de l'ADEME, 2017
- *Guide de l'achat public, étude, programmation et équipement des locaux de restauration collective*, groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (GEM-RCN), 2017
- *Réduire le gaspillage alimentaire en EHPAD*, Direction régionale de l'alimentation et de l'agriculture, préfecture de région et région PACA, 2018
- *Alimentation Alzheimer, s'adapter au quotidien*, Presses de l'EHESP, 2018
- *Age et petit appétit*, ec6, guide du programme Renessens, 2020
- *Du commerce équitable dans ma cantine*, collectif Commerce équitable, 2020
- *Les mesures de la loi Egalim concernant la restauration collective*, Conseil national de la restauration collective, 2020

DÉJÀ PARUS

1. *Comment réussir une opération de **déménagement** à l'hôpital ?* - 2019
2. *Comment mettre en place une **plateforme territoriale** de **téléradiologie** ?* - 2019
3. *Améliorer le parcours des patients avec **les nouveaux outils de téléphonie*** - 2019
4. *Comment réduire sa **consommation énergétique** ?* - 2019
5. *Maîtriser **le Value Based Procurement**, nouvelle technique d'achat* - 2020
6. *Garantir les soins de proximité grâce à la **télé médecine*** - 2020
7. *Comment optimiser et gérer la **maintenance de ses équipements biomédicaux** ?* - 2020
8. *Comment transformer sa **logistique** pour assurer la qualité des soins ?* - 2021
9. *Améliorer **le bien-être au travail*** - 2021
10. *Comment repenser **l'alimentation** dans le secteur de la santé ?* - 2021

À PARAÎTRE

11. *Se prémunir contre les **cyber-risques*** - 2021



Choisi le plus souvent en raison de motifs économiques, le système de production alimentaire dans le secteur de la santé, qui représente près de 40% de la restauration collective en France, a atteint ses limites.

Loin d'être considérés comme un fondement de la prise en charge des patients et des résidents, les repas ne remplissent pas leur rôle de contributeur de bien-être et de vecteur de guérison. Dans de nombreux endroits, ils sont appréhendés comme une contrainte, et ne sont même plus un moment de plaisir.

Résultat, les menus proposés nourrissent la dénutrition et engendrent un immense gâchis aux répercussions financières et environnementales importantes. Il est pourtant tout à fait possible de concevoir une autre offre, plus adaptée aux convives, prenant en compte leurs besoins, leurs envies et leurs spécificités, avec des denrées plus saines et plus durables, comme l'exige la loi Egalim. En résumé de mieux nourrir en remettant l'humain au centre des préoccupations et en dépensant mieux.

Rédigé avec l'aide de spécialistes, ce guide identifie les leviers permettant aux hôpitaux et aux EHPAD de repenser leur approche pour réconcilier restauration collective et qualité.