



Manon CLÉMENT

Étudiante en Licence Sociologie et Anthropologie de l'Alimentation

L'AMÉLIORATION DE LA RESTAURATION MÉDICO-SOCIALE

ÉTAT DES LIEUX EN MIDI-PYRÉNÉES



Avril-Juillet 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie particulièrement ma maître de stage, Caroline QUINIO, sans qui je n'aurais pu m'épanouir et enrichir mes connaissances professionnelles et personnelles durant mon stage. Merci pour son enseignement, son aide, son amabilité et sa disponibilité.

Je remercie également :

- Catherine PAVÉ, chef du Service Régional de l'Alimentation, qui a permis que je réalise mon stage dans les meilleures conditions ;
- Brigitte BATHENAY, assistante de direction, pour sa disponibilité, sa gentillesse et ses conseils pratiques et techniques ;
- Toute l'équipe du SRAL, pour son accueil et sa bonne humeur ;
- Muriel GINESTE, Sociologue de l'Alimentation, pour ses précieux conseils et son aide ;
- Toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer ou simplement un rendez-vous téléphonique, pour leur témoignage et leur disponibilité.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
RÉSUMÉ.....	3
INTRODUCTION.....	4
I) LE CONTEXTE.....	6
1.1 Quelques définitions autour de la restauration	6
1.2 La restauration médico-sociale.....	7
1.3 L'état des lieux en Midi-Pyrénées.....	7
1.3 Les fonctions de l'alimentation en milieu médico-social.....	8
1.4 Un peu d'histoire : l'hospitalisation du Moyen-âge à nos jours	9
1.5 L'outil de pilotage de l'alimentation hospitalière : le Comité de Liaison Alimentation Nutrition	10
c. Les sujets traités	11
II) LA PROBLÉMATIQUE.....	12
III) LA MÉTHODE	13
3.1 Description de l'échantillon (cf. Annexe 1) :	14
3.2 Ressentis et limites	14
IV) ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES PROGRAMMES NATIONAUX POUR L'ALIMENTATION À L'HÔPITAL	15
4.1 Les politiques publiques.....	15
V) LES OBLIGATIONS AUXQUELLES DOIVENT RÉPONDRE LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE	19
VI) LA PLACE DU REPAS DANS LA JOURNÉE DU PATIENT	23
6.1. Les attentes des patients diffèrent selon le type de séjour et le service d'hospitalisation	23
6.2. La journée alimentaire à l'hôpital et en EHPAD	24
VII) LES PRÉCONISATIONS.....	27
CONCLUSION	29

RÉSUMÉ

Ce rapport reprend l'ensemble du fonctionnement de la restauration médico-sociale en présentant aussi les obligations auxquelles elle doit répondre. Ces obligations peuvent être à la fois des leviers et des freins pour la mise en place d'actions.

La restauration médico-sociale est complexe et englobe plusieurs profils de patients qui nécessite une adaptation des professionnels du secteur. La variété des publics qu'ils soient à l'hôpital, en maison de retraite ou en centre de rééducation est à prendre en compte. L'offre et la diversité alimentaire seront différentes pour chaque type de population. En effet, les personnes âgées ont souvent des pathologies associées à un régime ou plusieurs, devant cohabiter avec une texture modifiée. Comment redonner du plaisir et du sens à l'alimentation à des patients qui ont tous leurs repères cognitifs perturbés ?

Ce rapport présente aussi des pistes d'améliorations qui tiennent compte à la fois de la législation et de la complexité de la restauration collective, comme par exemple le début de l'introduction de produits biologiques et locaux.

Ces actions innovantes sont présentées dans l'analyse et plus détaillées dans les annexes. Vous pourrez vous inspirer de nouvelles idées pour faire évoluer l'offre de la restauration collective. L'analyse se structure autour des différents repas de la journée. Vous allez peut-être découvrir des initiatives originales et innovantes pourtant un réel tremplin pour la restauration médico-sociale. L'objectif est de fournir des pistes d'amélioration au lecteur.

Les préconisations permettent d'avoir plusieurs intentions d'actions selon les niveaux :

- **National** : Créer une charte sur l'approvisionnement local et/ou de qualité en milieu hospitalier ;
- **Régional** : Faire un travail de sensibilisation auprès des directions hospitalières et des EHPAD¹ pour que l'amélioration de la restauration hospitalière soit engagée dans la politique de l'établissement et non pas initiée uniquement par deux acteurs du maillon de la chaîne ;
- **Au sein des établissements** : Retravailler les menus tout en respectant l'équilibre et la diversité alimentaire pour revaloriser le travail des cuisiniers, redonner du sens à la saisonnalité en introduisant plus de fruits et légumes de saison et permettre aux patients de ne pas être trop déconnectés de l'environnement extérieur.

¹ Se mettre à la place du patient : Aimerez-vous manger le repas des patients/résidents ?

INTRODUCTION

Cette mission² commanditée par le Service Régional de l'Alimentation à la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) Midi-Pyrénées a pour objectif de créer un réseau avec des établissements de santé autour de l'offre alimentaire et de la qualité des repas. Elle s'inscrit dans le Programme National pour l'Alimentation (PNA).

Ce rapport est en lien avec l'amélioration de l'offre alimentaire, à l'attention des établissements de santé. Il porte notamment sur :

- les initiatives menées par les établissements de santé, principalement en région Midi-Pyrénées ;
- l'accompagnement des patients (service, alimentation, plaisir) ;
- les leviers et freins pour améliorer l'offre alimentaire en restauration collective médico-sociale.

Lorsque l'on parle de restauration hospitalière, les images qui nous viennent à l'esprit sont rarement positives : fade, mauvais goût, odeurs désagréables, quantités insuffisantes, barquettes moches et mal présentées...etc. De plus, les médias contribuent à véhiculer l'image négative. Les modèles véhiculés par les séries TV et les articles sont souvent caricaturaux qui malheureusement servent de référence.

Mais ceci est loin d'être nouveau... Déjà Honoré De Balzac, disait en 1847 dans *Le cousin Pons*, « ***La répugnance des malades pour aller à l'hôpital vient de ce que le peuple croit qu'on y tue les gens en ne leur donnant pas à manger.*** ».

Jean-Pierre Corbeau s'interrogeait en 2001 sur : « ***Comment donner une dimension symbolique positive à des nourritures dont on ignore la provenance réelle, cuisinées par des inconnus, d'une façon « bizarre », à la texture et à l'aspect parfois surprenants, proposées par une institution : l'hôpital*** » ***La filière du manger en milieu hospitalier.***

La question de l'alimentation à l'hôpital n'est pas nouvelle.

Nous constatons aussi que la vision négative de l'alimentation à l'hôpital est présente depuis le 19^{ème} siècle dans nos mœurs.

En revanche, qu'est-ce qu'une alimentation de qualité à l'hôpital ?

Valeur nutritionnelle ? Origine des produits ?

Qualité sanitaire ? Qualité culinaire ? Qualité du service ?

Une alimentation qui tient compte des états de santé du malade ?

Il reste encore un long chemin avant que cette image ne soit plus aussi mauvaise et avec l'espoir que les médias changent petit à petit leur discours tout en présentant des modèles exemplaires de Centres Hospitaliers ou de Cliniques qui offrent à leurs patients des repas de bonne qualité organoleptique. C'est ce que nous allons essayer de montrer dans cette synthèse en mettant en avant des exemples de bonnes initiatives en région Midi-Pyrénées mais aussi dans d'autres régions. En effet, nous ne voulons pas écarter de cette synthèse les bonnes volontés et initiatives présentes hors région.

² Réalisée dans le cadre d'un stage de fin d'étude en Licence Sociologie et Anthropologie de l'Alimentation (ISTHIA Toulouse Jean-Jaurès)

On sait d'autant plus que, si un patient mange bien, cela aura un impact sur sa guérison et lui permettra de sortir plus rapidement de l'hôpital. A l'inverse, si le patient se nourrit mal à cause d'un repas trop médiocre, sa cicatrisation par exemple prendra plus de temps et le patient restera plus longtemps hospitalisé.

La santé des patients est primordiale alors n'oublions pas que **l'alimentation est un soin**.

Dans ce rapport nous allons voir comment essayé de modifier cette image et mettre en place des actions pour améliorer les repas servis en France à l'hôpital ?

Nous commencerons par faire un rappel du contexte en définissant quelques généralités essentielles en restauration collective, puis nous évoquerons l'intérêt des politiques publiques pour la restauration médico-sociale. Ensuite, une dizaine d'obligations de cette restauration seront énumérées pour rappeler l'importance et la spécificité de celle-ci. Et pour finir une analyse ainsi que des préconisations seront mises en avant.

Pouvons-nous nourrir l'espoir de faire évoluer le discours des médias et les représentations en mettant en avant des initiatives positives, créatives et innovantes portées par les établissements ?

I) LE CONTEXTE

1.1 Quelques définitions autour de la restauration

La **restauration hors foyer** (RHF) regroupe les repas pris ou réalisés hors domicile et ceux consommés au sein du foyer. Dans le cas de l'hôpital, les repas sont réalisés et consommés hors domicile.

On distingue la restauration commerciale de la restauration collective. La restauration commerciale a notamment pour objectif de faire des bénéfices, c'est l'ensemble des restaurants, cafétérias, fast-food, ...

La restauration collective a trois missions essentielles :

- **Mission nutritionnelle** : proposer une alimentation suffisante, saine, variée et équilibrée en accord avec les Apports Nutritionnels Conseillés (ANC) de chaque convive, conformément aux recommandations. Un équilibre satisfaisant en protéines, lipides et glucides doit être assuré.
- **Missions éducative et sociale** : éduquer pour faire acquérir de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge, ou lors d'apprentissage de régimes alimentaires particuliers, faire découvrir des mets nouveaux, élargir le panel des choix alimentaires, promouvoir certains aliments reconnus pour leurs vertus diététiques ou encore se socialiser en partageant le repas avec des personnes de cultures et d'éducation différentes de la notre.
- **Mission économique** : le coût « raisonnable » du repas est une dimension importante à prendre en compte. En effet, surtout en milieu hospitalier, le coût des repas est maîtrisé aux centimes près car les budgets attribués sont de plus en plus contraints. Chaque centime doit donc être optimisé au maximum pour ne pas dépasser le budget imparti.

Après avoir distinguer restauration commerciale et restauration collective, nous allons voir **qu'il existe plusieurs modes d'approvisionnement en restauration collective** :

- 1) Achats autonomes gérés par le gérant (cas des cliniques) ;
- 2) Achats centralisés des sociétés de restauration collectives (SRC) : c'est le cahier des charges qui définit une prestation assurée par la société de restauration ;
- 3) Groupements d'achats publics : entités juridiques regroupant différents acheteurs publics ou privés (marché de gré à gré, marché à procédure adaptée MAPA, ... et appel d'offre).

On compte quatre secteurs d'activités dans la restauration collective :

- L'enseignement : des écoles maternelles jusqu'aux restaurants universitaires ;
- Le médico-social : hôpitaux, cliniques, centres pour personnes handicapées, EHPAD ;
- La restauration d'entreprise ;
- Autres : milieu pénitentiaire et armée.

1.2 La restauration médico-sociale

La restauration médico-sociale **couvre l'ensemble des repas pris dans des établissements de santé ou médico-sociaux comme les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maison de retraite et centres pour les personnes handicapées.**

Elle représente un enjeu majeur puisqu'on compte **1 148 milliards³ de repas servis chaque année** à la fois pour le personnel soignant et pour les patients. C'est plus que la restauration scolaire avec 900 millions de repas.

1.3 L'état des lieux en Midi-Pyrénées

Elle se classe au **deuxième rang des régions françaises pour l'espérance de vie :**

79,1 ans pour les hommes (77,8 ans en France)⁴ ;
85 ans pour les femmes (84,3 ans en France).

On compte **202 établissements de soins** dont 50 publics et 152 privés.

95% de la population vit à moins de 30 minutes d'un service d'urgence.

77 établissements pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique soit plus de 10 000 lits et places (5933 en médecine, 4103 en chirurgie et 867 en gynécologie/obstétrique).

5 500 lits en soins de suite.

4221 lits en psychiatrie générale.

617 lits en psychiatrie infanto-juvénile.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) attribue les budgets pour les établissements de santé. Le budget de chaque établissement se calcule selon plusieurs critères :

- L'activité (aspect recette potentielle) ;
- L'année précédente puisque le budget est reporté une année sur l'autre.

L'ARS délivre également les autorisations d'activité pour le public et pour le privé. Les dépenses des hôpitaux sont découpées en trois titres :

- Titre 1 : masse salariale (salaire, personnel, recrutement, formation,...) ;
- Titre 2 : médicaments ;
- Titre 3 : dépense générale (achats hôtelier, restauration,...).

Sur la région Midi-Pyrénées nous sommes à 750-800 millions d'euros d'achats de titres 2 et 3. Les établissements de santé sont pilotés et financés au niveau régional par les ARS.

Les EHPAD sont soumis à l'obligation de conclure avec le directeur général de l'ARS et le Président du Conseil Général du département dans lequel ils se situent, une convention dite tripartite afin de pouvoir accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette convention fixe pour 5 ans les objectifs de qualité de la prise en charge et les moyens financiers du fonctionnement.

³ Source DGAL : Direction Générale de l'Alimentation.

⁴ Les chiffres-clés de la santé en Midi-Pyrénées. Édition 2014.

1.3 Les fonctions de l'alimentation en milieu médico-social

L'alimentation comme un soin assure plusieurs fonctions :

1. Action thérapeutique relevant de la **nutrition** ;
2. Action de confort et d'accueil relevant de la **restauration** ;
3. Action d'éducation et d'informations nutritionnelles relevant de la **diététique**.

Ces fonctions sont les mêmes partout mais il faut différencier l'hospitalisation long séjour du court séjour. Les besoins ne seront pas les mêmes. En effet, pour un court séjour les menus pourront revenir plus régulièrement. Pour du long séjour, par contre il faudra assurer une plus grande diversité et variabilité des menus pour ne pas « lasser » le patient mais aussi les cuisiniers qui préparent toujours les mêmes repas.

L'alimentation joue un rôle très important dans le processus thérapeutique. Elle agit de deux façons différentes.

ALIMENTATION

Action thérapeutique directe : rôle de la diététique avec un ajustement des nutriments aux besoins spécifiques du malade avec un développement d'une action de rééducation nutritionnelle.

Action thérapeutique indirecte : action sur le moral du patient. L'alimentation concourt à son retour à la santé et accroît l'efficacité des thérapeutiques directes.



⁵ Source Internet : <http://aphp.ebl.fr/hopitalimentation/page1.html>
<http://chemphys.u-strasbg.fr/baud/droit-science/formations/admin.cours/admin2.2.2.html>
<http://www.libération.fr/vous/1997/11/10/l-hopital-conte-par-les-menus-une-exposition-retrace-cinq-siecles-d-alimentation-servie-aux-malades> 221976

1.4 Un peu d'histoire : l'hospitalisation du Moyen-âge à nos jours

La fonction des hôpitaux a considérablement évolué depuis leur création. Au Moyen-Âge, ils avaient une mission caritative en milieu chrétien, ils étaient réservés aux personnes pauvres et/ou malades. L'hôpital était totalement gratuit et la charité régnait.

Le soin est apparu plus tard à partir du Vème et VIIème siècle. Les soins infirmiers étaient d'abord pratiqués puis les soins médicaux et chirurgicaux ont vu le jour beaucoup plus tard. Les établissements de santé ont donc connu des changements considérables qui ont amené à la haute performance médicale actuelle. En effet, les techniques de soins sont très performantes de nos jours. Il est très facile de soigner des maladies qui étaient auparavant mortelles comme par exemple une infection pulmonaire.

L'alimentation a connu aussi des bouleversements tout au long de l'histoire française. Le repas n'a pas toujours été organisé de la même façon. En effet, si aujourd'hui on peut apporter des aliments à nos proches ou ami(e)s lorsqu'ils sont hospitalisés, jusqu'en 1895 ce n'était pas le cas. Les soignants procédaient même à la fouille des visiteurs. Le dessert n'était pas présent à chaque repas, jusqu'en 1931. Nous pouvons noter que ce qui nous semble évident aujourd'hui, ne l'était pas à l'époque. Les heures de repas n'ont pas évolué depuis 1970 avec le déjeuner servi à 12h30 et le dîner à 18h30. La société a, pourtant elle, bien évolué et les rythmes de vie aussi. Ne sommes nous pas face à un paradoxe entre les rythmes de vie qui n'évoluent pas d'un côté et sont chamboulés de l'autre ?

À partir de la fin du XIXe siècle, c'est l'ère des grandes découvertes nutritionnelles. Désormais, la base de la diététique n'est plus symbolique mais scientifique.

L'alimentation n'est considérée comme **un soin** que depuis le 20^e siècle. C'est dans les années 1950 que de nouveaux métiers voient le jour comme des médecins devenus nutritionnistes ainsi que des professions paramédicales comme les diététiciens.

La diététique est avant tout une science, qui évolue grâce aux nouvelles découvertes et savoirs scientifiques. Elle est considérée comme la science du « bien-manger », elle permet d'assurer un lien entre le plaisir et l'équilibre alimentaire. Ce qui n'est pas toujours perçu de cette façon lorsque l'on parle de diététique. C'est après la Seconde Guerre mondiale que cette science s'implante dans les hôpitaux. Ce sont ces professionnels qui participent aux changements du statut de l'alimentation à l'hôpital. L'alimentation doit s'adapter au patient en corrélant ses goûts, ses aversions et sa pathologie qui peut entraîner des modifications au niveau de certains aliments.

Ce n'est qu'après que les questions autour de l'environnement du repas sont soulevées. Les métiers de l'hôtellerie tendent donc vers une modernisation.

Des commissions sont organisées pour rassembler autour de la table tous les professionnels concernés par l'alimentation que ce soit le magasinier qui gère l'approvisionnement et les stocks, la diététicienne qui élabore la trame des menus, le chef de cuisine qui les confectionne et le médecin et/ou l'infirmière qui donne l'avis médical.

La liaison froide se met au point dans les années 1970, elle permet une diversification des menus, garantit une qualité micro biologique et permet une meilleure organisation du travail. Mais les qualités organoleptiques (goût, saveur,...) peuvent être discutées. Le poste clef de la liaison froide est celui de la remise en température.

En effet, si le processus de remise en température n'est pas maîtrisé, le rendu dans l'assiette du patient ne sera pas le même que le plat sorti de la cuisine. La remise en température doit être dans le prolongement du travail qui est fait en cuisine.

C'est seulement en 1967 que les premières enquêtes de satisfaction sont réalisées sur 1 200 patients hospitalisés à Bichat, Beaujon et Lariboisière.

Certaines études sur le sujet ont déjà été menées. Nous allons voir si ces études ont permis une avancée ou si les problèmes observés sont toujours les mêmes.

L'étude de M. Guy-Grand n'a rien d'obsolète vingt ans après sa parution. On aurait pu penser que cette étude allait amener les professionnels du secteur à changer leurs pratiques mais on constate aujourd'hui qu'il y a encore des modifications à apporter dans la restauration hospitalière.

Les problématiques soulevées par Guy-Grand restent plus ou moins les mêmes aujourd'hui en France :

- Les heures des repas sont toujours trop tôt, surtout pour le dîner qui est servi à 18 heures dans certains établissements, et le jeûne nocturne est donc trop long ;
- Le personnel est insuffisamment formé, surtout pour le service. Ce sont parfois les aides soignantes qui servent les repas et elles n'ont pas forcément la formation pour cette tâche ;
- La faible motivation du personnel de cuisine mais aussi du personnel soignant ;
- La reconnaissance insuffisante de l'importance des diététiciennes en milieu hospitalier.

Certaines problématiques peuvent être modifiables et améliorées grâce à des leviers que nous évoquerons par la suite.

Nous savons que la restauration hospitalière s'inscrit dans une restauration hors domicile. Le mangeur ne maîtrise pas le contenu de son assiette, alors que chez lui il est libre de consommer ce qu'il a choisi et ce qu'il a envie.

Le patient n'a aucun impact sur la fonction achat des denrées, sur la préparation des plats ainsi que sur le service du repas.

1.5 L'outil de pilotage de l'alimentation hospitalière : le Comité de Liaison Alimentation Nutrition

Les constatations de Guy-Grand vues précédemment ont donné naissance au CLAN dans les établissements de santé.

Nous noterons que sur les 25 établissements interrogés, presque tous possèdent un CLAN qui est plus ou moins actif.

En effet, certains se réunissent uniquement une fois par an et d'autres deux à trois fois par an pour traiter des questions de dénutrition et/ou d'obésité. Mais pour la plupart ce sont les questions de dénutrition qui sont évoquées. Certains CLAN, comme celui du Centre Hospitalier (CH) de Bagnères de Bigorre (cf. Exemple 9) ont même réalisé des supports très bien faits pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition et organisent des exercices pratiques pour le personnel.

Le CLAN doit tout d'abord, s'inscrire dans le projet de l'établissement pour qu'il puisse être mis en place.

a. Sa composition

La composition du CLAN varie en fonction de la taille de l'établissement. En général il est composé du :

- directeur ou de son représentant ;
- dix représentants désignés par la CME (Commission Médicale d'Établissement), dont des médecins et des pharmaciens ;
- directeur du service de soins infirmiers ou son représentant ;
- responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant lorsqu'elle existe ;
- responsable de la qualité ou son représentant ;
- responsable de la formation ou son représentant ;
- responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant ;
- président du CLIN (Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales) ou représentant ;
- représentant des usagers ;
- infirmiers, aide-soignants, diététiciennes.

b. Son fonctionnement

Pour son fonctionnement, le CLAN propose un règlement intérieur qui définit les modalités de désignation du président et éventuellement du ou des vice-présidents, la constitution d'un bureau, le nombre de réunions annuelles et les modalités de convocation.

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

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

c. Les sujets traités

Le CLAN a tout d'abord un avis consultatif et non décisif. Dans les établissements rencontrés, certains CLAN avaient un fort degré d'implication. Les questions de dénutrition et d'obésité sont traitées la plupart du temps.

Certains CLAN n'ont pas assez de poids pour influencer la stratégie alimentaire de l'hôpital.

Le + : présent dans tous les établissements rencontrés, permet de réunir différents acteurs autour de la même table pour réfléchir à une même question (Exemple : la dénutrition, l'obésité).

Le - : pas suffisamment représentés dans certains établissements.

II) LA PROBLÉMATIQUE

L'amélioration de la restauration collective hospitalière est un vaste sujet qui va de l'aliment jusqu'au mangeur.

Le parcours de l'aliment est souvent long avant d'arriver dans l'assiette du patient.

Ce parcours représente plusieurs acteurs qui gravitent autour de cet aliment, qui sera ensuite consommé par le patient. Chaque acteur peut, à son niveau, faire évoluer le processus allant vers une modification de la qualité.

L'approvisionnement peut être amélioré en choisissant par exemple des produits de meilleures qualités organoleptiques, des produits français mais aussi des produits locaux.

Les cuisiniers qui vont transformer l'aliment, peuvent être sensibilisés sur la façon de travailler les produits pour redonner du sens à leur métier, en travaillant des produits bruts ou surgelés pour avoir la main sur la cuisson. En effet, les boîtes de conserve ne permettent pas de maîtriser la cuisson des aliments.

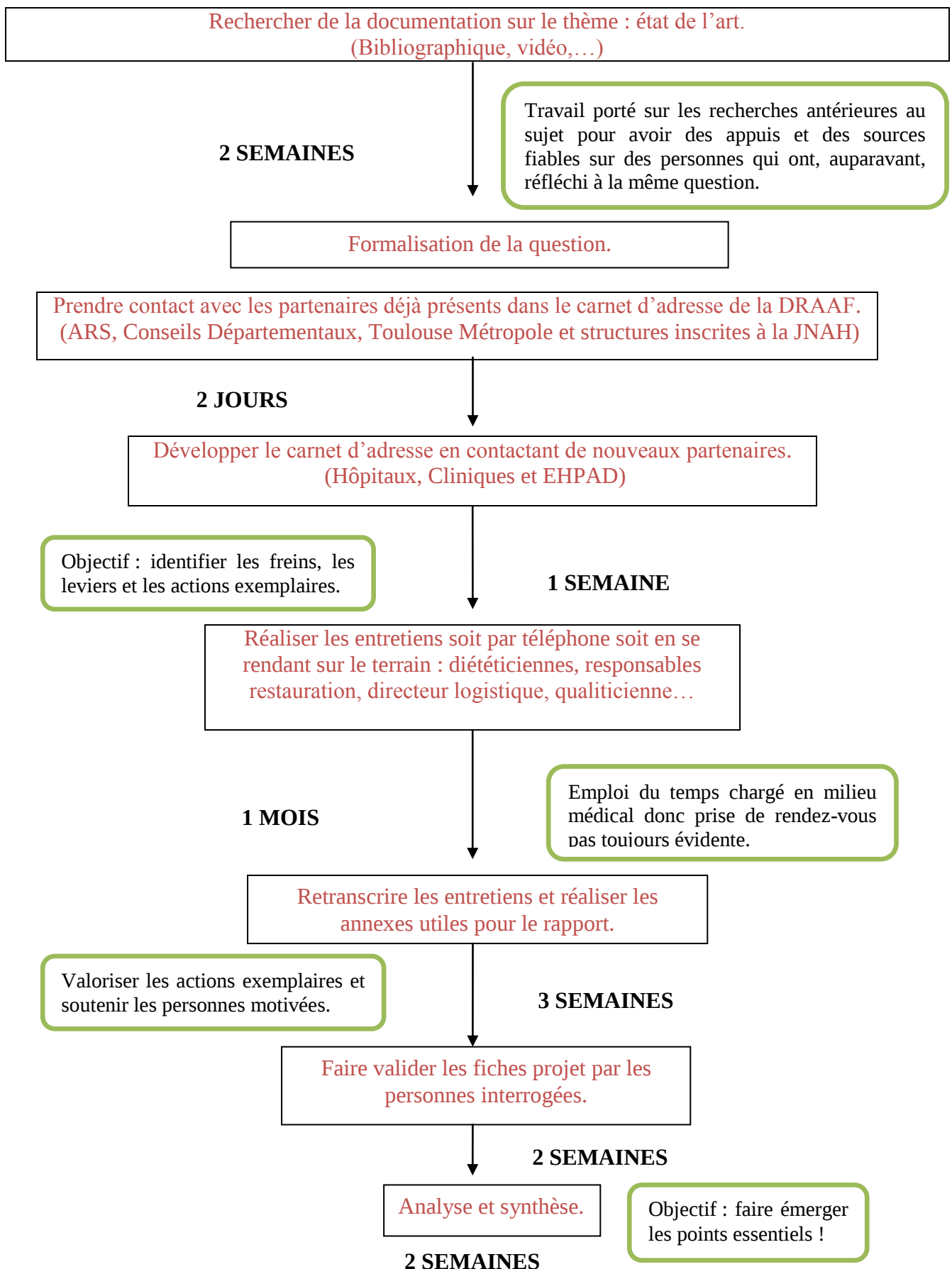
La remise en température doit faire l'objet d'une technique à part entière pour qu'elle soit bien maîtrisée afin de conserver le goût des aliments ainsi que leur tendreté.

Le service est aussi important puisqu'il représente la finalisation du repas et c'est ce que le patient va voir et entendre avant de consommer les plats préparés.

Nous nous sommes demandé, comment tous ces acteurs peuvent participer à l'amélioration de la restauration hospitalière tout en gardant la place du repas comme centrale dans la journée du patient à l'hôpital ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyés sur les différents entretiens réalisés et les retours d'expériences de certains établissements ayant mis en place des actions.

III) LA MÉTHODE



3.1 Description de l'échantillon (cf. Annexe 1) :

Centres Hospitaliers	18
Centre Hospitaliers Universitaires	4
Cliniques Privées	5
EPHAD et Maison de Retraite	7
Centres pour personnes handicapées	2
Sociétés extérieures (Davigel, Bleu Blanc Coeur...)	6
Acteurs Territoire (ARS, Chambre d'Agriculture,...)	10
Associations	2
Intervenants sur l'Alimentation à l'Hôpital (Thèse, Doctorat,...)	2
Total	50

3.2 Ressentis et limites

Globalement la prise de contact avec les différents acteurs s'est bien déroulée, bien qu'il y ait eu quelques refus. L'ensemble des entretiens qu'ils aient été individuels ou téléphoniques, se sont bien déroulés. Les professionnels ont répondu aux différentes questions posées et semblaient pour la plupart intéressés par le sujet.

Néanmoins, j'ai pu ressentir une certaine gêne quand au sujet en lui même. Certaines personnes évoquées le manque de temps, mais était-ce réellement un manque de temps ou bien un sujet qui dérange? C'est un sujet qui dérange certaines personnes parce qu'ils posent des questions essentielles et d'actualités. Certains savent aussi qu'ils sont impuissants fassent aux obligations de plus en plus contraignantes de la restauration médico-sociale.

Mais je remercie les personnes qui ont accordé du temps pour me donner vraiment leur point de vue et de me faire apprécier les valeurs de leur établissement à distance, ce qui n'est pas évident lorsque l'entretien est téléphonique.

IV) ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES PROGRAMMES NATIONAUX POUR L'ALIMENTATION À L'HÔPITAL

4.1 Les politiques publiques

a. Le PNA : PLAN NATIONAL POUR L'ALIMENTATION

Le Plan National pour l'Alimentation se décline en plusieurs axes fondamentaux :

- **JUSTICE SOCIALE**

Au-delà de l'accès de tous, en métropole comme dans les Outre-mer, à une alimentation de qualité, à la fois sur les plans sanitaire et nutritionnel, il s'agit de préserver et de promouvoir le modèle alimentaire français comme facteur essentiel de lien social et de réaffirmer la nécessité du temps du repas. Cette solidarité s'incarne également dans le plan d'action de lutte contre le gaspillage alimentaire.

- **JEUNESSE**

Le Gouvernement souhaite placer la jeunesse au centre d'un dispositif d'éducation à l'alimentation et de promotion d'un comportement alimentaire équilibré.

- **ANCRAGE TERRITORIAL**

Il s'agit de remettre les produits locaux au cœur des territoires - notamment en restauration collective - et de favoriser des circuits de production et de distribution qui répondent aux besoins des territoires.

- **LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE**

La lutte contre le gaspillage alimentaire est un enjeu de société qui touche tous les maillons de la chaîne alimentaire, des producteurs jusqu'aux consommateurs.

Le thème du présent stage permet d'approfondir l'axe sur la justice sociale avec pour public cible : les personnes hospitalisées ou institutionnalisées en maison de retraite.

Une attention particulière doit être apportée pour que ces personnes puissent avoir accès à une **alimentation saine, variée, équilibrée et de bonne qualité organoleptique**.

Il est également nécessaire de faire un focus sur l'axe ancrage territorial, autour d'enjeux d'approvisionnement local de la restauration collective.

Le Grenelle de l'environnement de 2008 visé à introduire 20% de produits biologiques et une part identique de produits saisonniers et à faible impact environnemental ou sous signe officiel de qualité en 2012. Ces ambitions ont été complétées en novembre 2013 par le Président de la République qui fixe un objectif de 40% de produits de proximité dans la restauration collective d'ici 2017.

Pour essayer d'avoir des chiffres plus précis suite à ce Grenelle, l'Agence BIO a rendu quelques résultats en 2014⁶.

Le secteur de la santé et du social, auquel nous sommes intéressé, **représente 27% des établissements qui déclarent proposer des produits biologiques**. Ce secteur est loin derrière le secteur scolaire, qui représente 79% des déclarations.

⁶ Site Internet :

http://www.agencebio.org/sites/default/files/upload/documents/4_Chiffres/RestauCo/observatoire_restauratibio_2014.pdf

Pour favoriser l'approvisionnement local de la restauration collective, le code des marchés publics a notamment été modifié par le décret n°2011-1000 du 25 août 2011. Pour inclure, dans les critères de sélection des offres, «les performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture».

Un guide pratique « Favoriser l'approvisionnement local et de qualité en restauration collective », est disponible sur le site du Ministère en charge de l'agriculture : <http://agriculture.gouv.fr/ministere/guide-favoriser-lapprovisionnement-local-et-de-qualite-en-restauration-collective>.

C'est un guide pratique et réglementaire qui proposent des pistes pour réussir à s'approvisionner différemment, comme par exemple :

- définir précisément ses besoins ;
- allouer finement les marchés ;
- définir les conditions d'exécution adaptées.

En 2015, des réflexions multipartenariales sont et vont être menées pour lever, en pratique les difficultés rencontrées par les partenaires autour de cet approvisionnement.

Le + : impliquer les établissements de santé à participer à des appels à projet nationaux et régionaux, notamment du Ministère en charge de l'agriculture.

Nouvel APP national du 1^{er} septembre au 15 novembre 2015, les projets portant sur : l'accessibilité et l'amélioration de l'offre alimentaire pour des publics particuliers (étudiants, personnes hospitalisées, etc.) sont encouragés.

Le - : beaucoup d'acteurs interrogés dans le cadre de cette mission connaissaient pas la DRAAF et ses actions.

b. Le PNNS : PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE⁷

Le PNNS a été lancé en janvier 2001 et a pour objectif l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

Nous en sommes aujourd'hui au troisième PNNS.

Les objectifs du PNNS sont organisés selon quatre axes :

- 1) **Réduire l'obésité et le surpoids dans la population :** stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes, diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents ;
- 2) **Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges :** chez les adultes, adolescents et enfants ;
- 3) **Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque :** augmenter la consommation de fruits et légumes, réduire la consommation de sel,... ;

⁷ Site Internet : <http://www.mangerbouger.fr/>

- 4) **Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles** : dénutrition et troubles du comportement alimentaire.

Le quatrième axe permet de mettre l'accent sur la dénutrition, qui en milieu hospitalier ou EHPAD représente un fort pourcentage.

Le + : actions co-financées en EHPAD pour limiter la dénutrition.

Le - : difficulté à identifier les actions sur le terrain dans les établissements de santé dans le cadre du PNNS.

c. Le programme PHARE : PERFORMANCE HOSPITALIÈRE POUR DES ACHATS RESPONSABLES ⁸

Le programme PHARE s'inscrit dans la continuité de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » adopté en 2009. Ce programme a été lancé en octobre 2011 par la direction générale de l'offre de soins. Il s'intéresse à la fonction achats. En effet, les achats constituent le deuxième poste de dépense des établissements après celui de la masse salariale.

L'objectif est de dégager des « économies intelligentes » dans un contexte de réduction budgétaire à l'hôpital.

Ce programme ne vise pas seulement à dégager des économies mais il agit aussi sur le niveau de performance des hôpitaux.

Afin d'accompagner la généralisation du programme PHARE dès 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.) qui le pilote, met à dispositions des outils :

Un kit établissement : comment déployer un plan d'action achat ?⁹

L'ambition pour 2015-2017 au niveau de l'hôtellerie et de la restauration est d'optimiser l'offre alimentaire et les commandes de repas ainsi qu'une généralisation des achats groupés territoriaux (linge, denrées alimentaires...).

Le potentiel de gains à 3 ans en région Midi-Pyrénées serait de 55 millions d'euros en achats non médicaux et médicaux.

En 2013, 108 établissements ont élaboré un Plan d'Action Achat dont 4 en région Midi-Pyrénées. Ce qui ne représente qu'une très faible minorité d'établissements.

Le + : repenser les achats pour réaliser des économies et les réinvestir pour d'autres dépenses.

Le - : cette politique de réduction des coûts peut elle avoir une influence négative sur la qualité des repas ?

⁸ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_A5-3.pdf

⁹ Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Kit_etablissement_de_sante.pdf

d. La JNAH : Journée Nationale de l'Alimentation à l'Hôpital, en EHPAD et Maisons de retraite

Cette journée créée en 2009 par l'UDIHR et le clan de la Sarthe permet de **mobiliser les professionnels** sur le rôle de l'alimentation des patients et des résidents dans le cadre d'une prise en charge globale et de **modifier le regard des patients**, des résidents et du grand public sur l'alimentation en établissements de santé.

Elle a lieu tous les deux ans. Cette année, pour la quatrième édition, une nouveauté avec les concours dans les EHPAD et les maisons de retraite a permis de mettre en place des actions et ateliers durant cette journée. Ca a été un plus et le personnel a pu proposer de réelles actions et non pas uniquement le menu national imposé.

Le + : promouvoir l'alimentation en milieu médicalisé et place importante attribuée au repas en imposant un menu national.

Le - : peu d'implication : journée pas encore généralisée dans les établissements et peu d'établissements proposent de réelles actions autour de cette journée car ce n'est pas obligatoire.

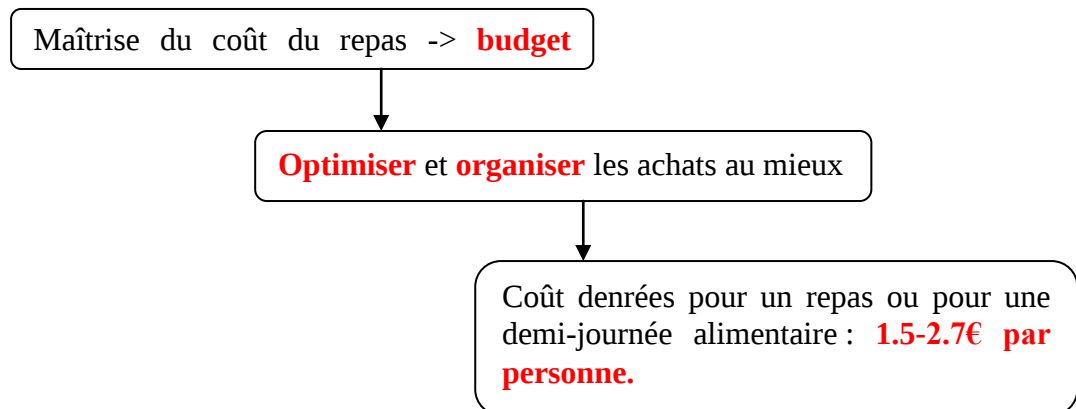


V) LES OBLIGATIONS AUXQUELLES DOIVENT RÉPONDRE LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE

Comme nous l'avons vu précédemment, la restauration hospitalière est une organisation complexe. Elle doit répondre à un certain nombre de critères de part la fragilité de ses convives.

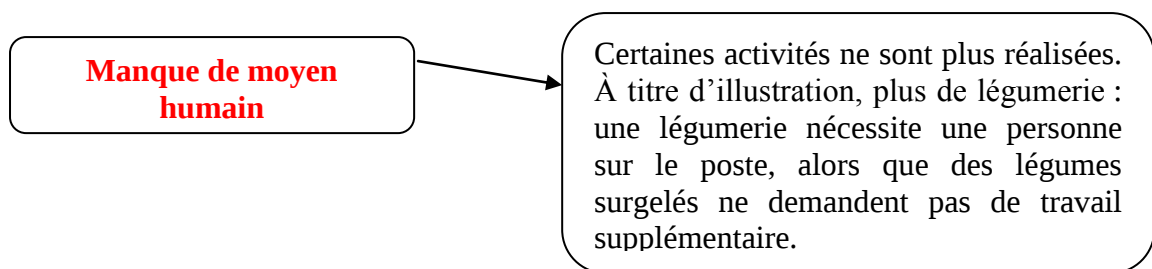
Les premières obligations que nous pouvons évoquer sont les suivantes :

1) Les obligations financières :



2) Les obligations sanitaires et réglementaires : le repas doit être exempt de tous microorganismes pathogènes : la liaison froide est donc privilégiée pour assurer cette caractéristique. Mais certains établissements rencontrés arrivent encore à fonctionner en liaison chaude (Exemple : CH de Bagnères de Bigorre), grâce à une gestion optimale de la traçabilité et un contrôle maximal des températures.

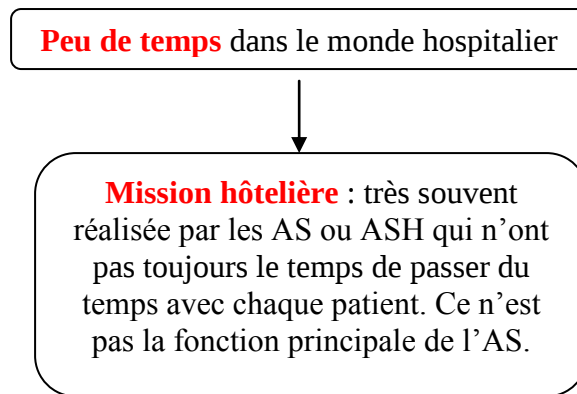
3) Les obligations humaines : Pour réaliser des économies, des postes sont supprimés mais les conséquences qui en découlent peuvent avoir des impacts néfastes pour le fonctionnement de la restauration.



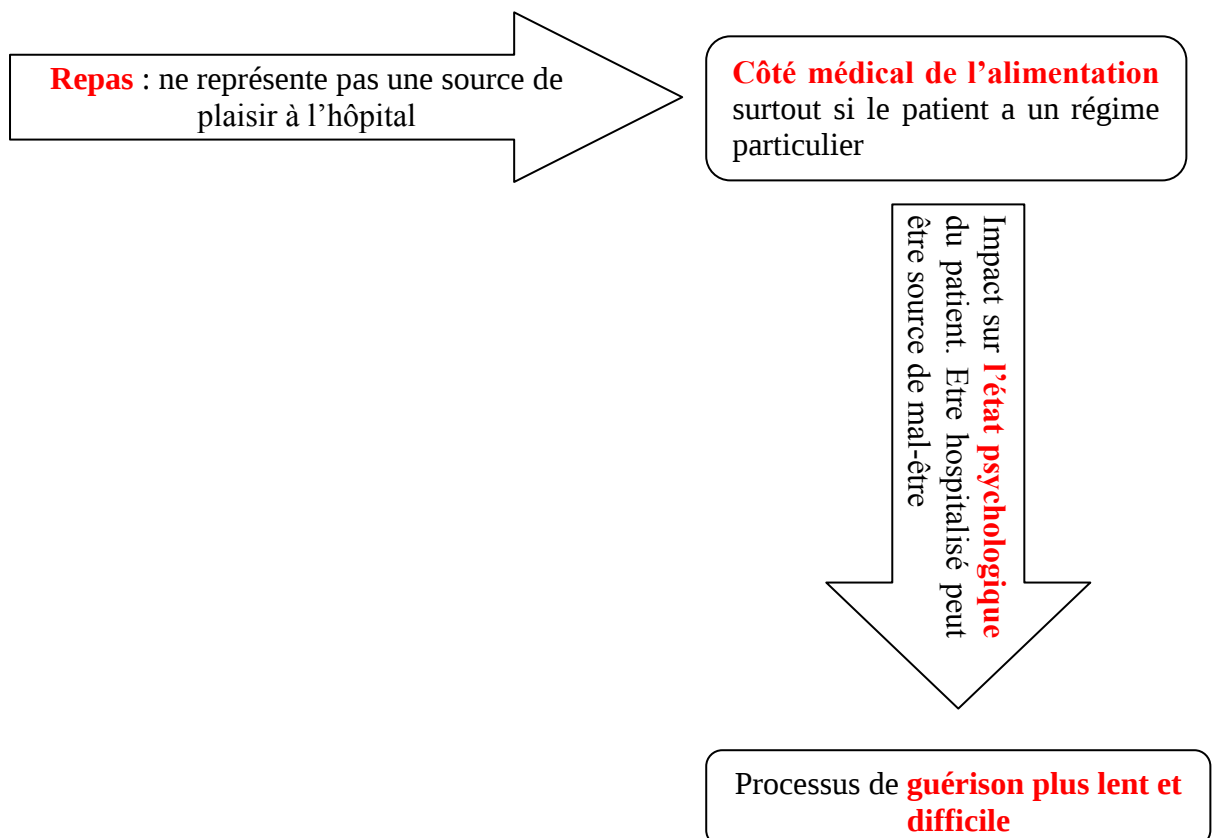
4) Les obligations de formation : le personnel de cuisine doit suivre des formations régulières sur les questions d'hygiène et sur la réglementation en vigueur HACCP à laquelle doit répondre la restauration collective.

Mais peu ou pas de formations de sensibilisation sur l'alimentation et la santé du patient sont réalisées dans ce milieu. Ce sont les diététiciennes qui, selon le temps qu'elles ont, réalisent des petites actions de sensibilisation auprès du personnel de cuisine comme du personnel soignant. Ce n'est pas encore obligatoire alors que le personnel doit être un acteur sensibilisé à l'importance de l'alimentation à l'hôpital. Des plus, ces formations permettraient aussi de revaloriser certaines professions.

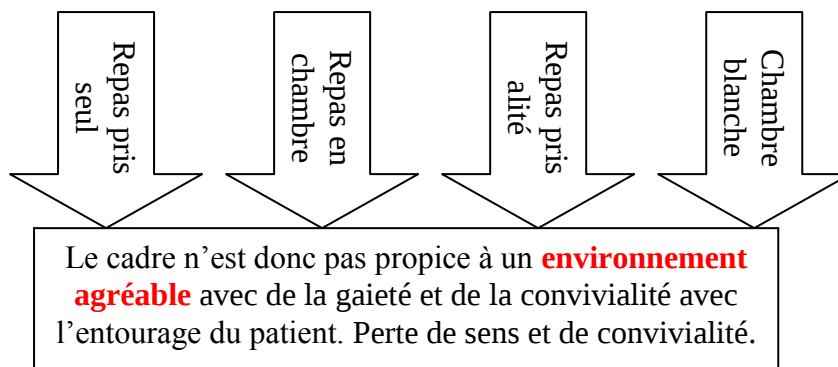
5) Les obligations de temps :



6) Les obligations psycho-socio-culturelles : Aux contraintes de l'hôpital à proprement parler, s'ajoutent les souhaits et exigences des patients : coutumes culturelles, religieuses, habitudes etc. Devant la diversité des populations, l'hôpital ne peut prendre en compte toutes ces contraintes.

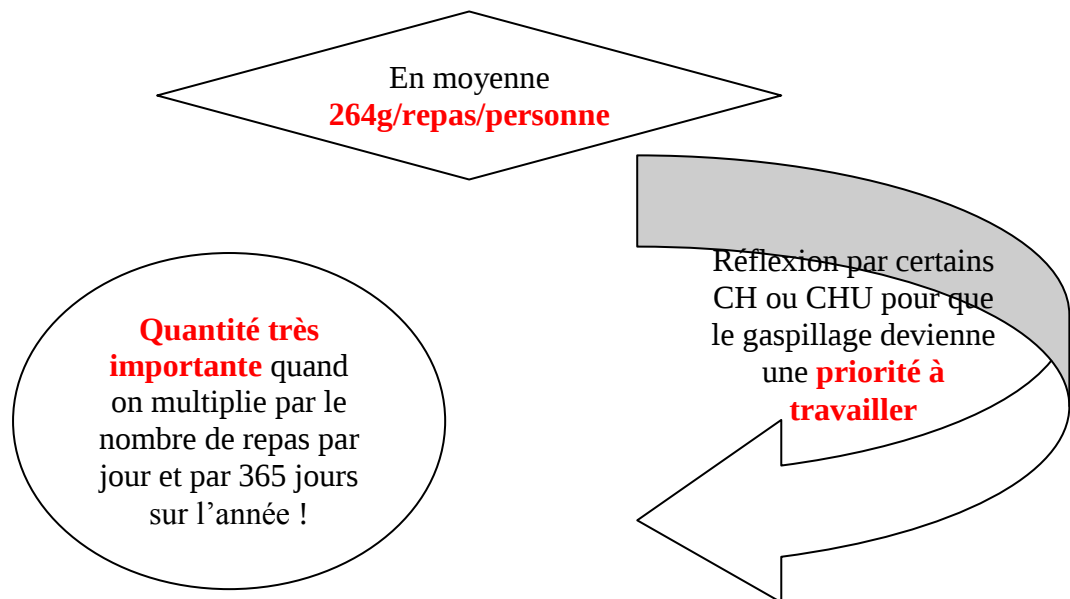


- 7) L'environnement du repas : Pour être apprécié le repas est avant tout un moment de partage et de convivialité qui doit être partagé à plusieurs. Il est généralement difficile de réunir ces conditions en milieu hospitalier :



Néanmoins, certains centres de rééducation fonctionnelle proposent aux patients des salles à manger collectives pour prendre leur déjeuner et dîner. Pour bénéficier de cet environnement de repas convivial, le patient doit être suffisamment indépendant pour se déplacer.

- 8) Le gaspillage alimentaire¹⁰ :



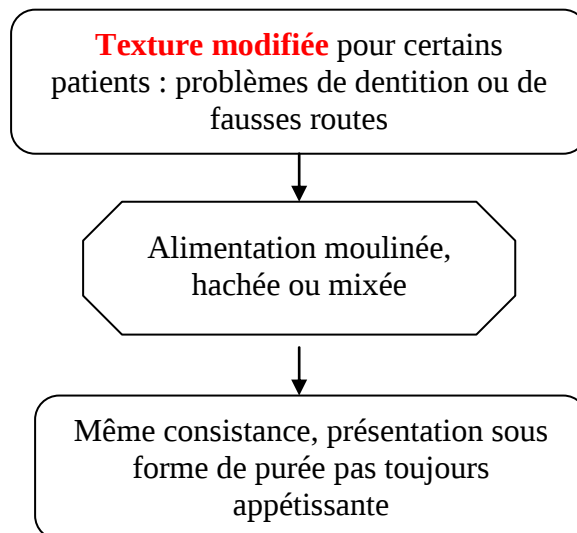
Piste : CHU du Mans : les plats non consommés en l'état sont reversés à une association qui les redistribue aux plus démunis. Un beau geste citoyen et éco-responsable pour les personnes qui n'ont pas les moyens d'avoir des repas équilibrés au quotidien.

¹⁰ Rapport final « Pertes et gaspillages alimentaires dans les métiers de la remise directe », UrbanFoodLab pour MAAPRAT, 2011.

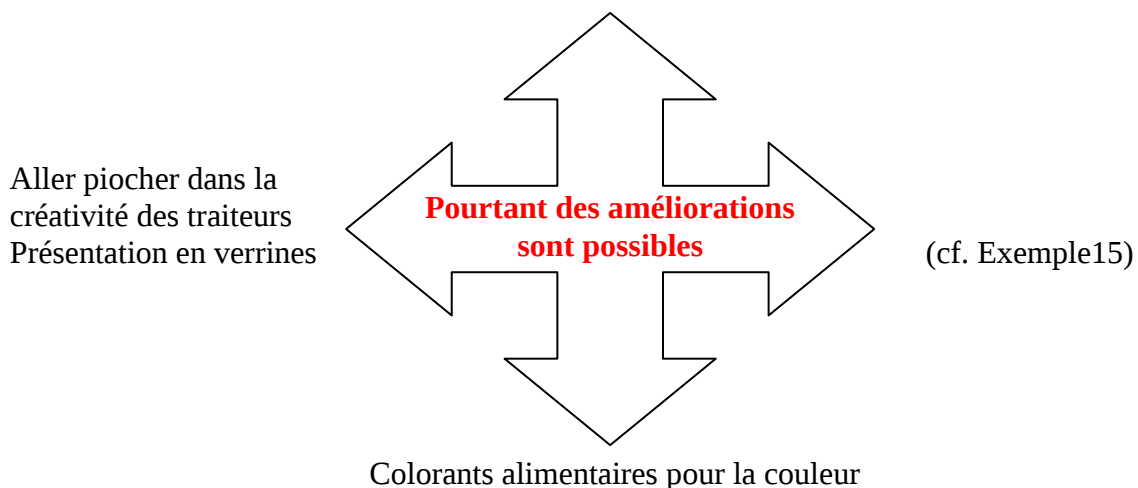
- 9) Les obligations des régimes : certaines pathologies sont associées à un régime assez restrictif et contraignant comme par exemple pour le régime hyposodé, le patient n'a pas le droit de consommer du sel. Les repas qu'il va avoir seront plutôt fades et le patient n'aura pas forcément un bon souvenir des repas qu'il aura eu à l'hôpital. Alors que si des épices lui sont proposées, le patient pourra avoir plus de goût dans son assiette.



- 10) Les obligations de textures :



Utilisation d'emportes pièces pour créer de nouvelles formes dans l'assiette



VI) LA PLACE DU REPAS DANS LA JOURNÉE DU PATIENT

Nous avons énuméré une dizaine d'obligations rencontrées dans l'ensemble des établissements de santé et proposé des premières solutions pour certaines. Nous allons voir que certains établissements arrivent à proposer des axes d'amélioration pertinents qui permettent de respecter ces obligations tout en assurant goût et qualité dans l'assiette des patients. Pour cela, il faut que l'ensemble de la chaîne restauration (fournisseurs jusqu'aux consommateurs/patients) soit impliquée.

La journée à l'hôpital pour le patient est rythmée par les soins, les repas et les visites, quand il y en a. Le repas a une **place majeure** dans la vie du patient mais surtout dans celle du résident, qui consomme matin, midi et soir des repas qu'il ne maîtrise pas tant sur l'origine que sur la préparation, 365 jours par an.

On sait que le patient peut difficilement porter de jugement sur les soins qu'ils lui sont prodigués. En revanche, il peut avoir un avis critique sur le repas puisqu'il sait lui même cuisiner et peut faire une comparaison avec le repas qu'il consomme habituellement.

Le repas permet aussi d'avoir un contact différent avec la personne soignante ou hôtelière. L'AS ou l'ASH apporte un peu de douceur et de plaisir au patient grâce au repas. Ce sont ces personnes qui ont le plus d'impact sur l'alimentation du patient. En effet, selon ce que dit la personne qui sert le patient, il mangera plus ou moins la totalité du repas. Le patient fait confiance au personnel soignant : si la personne dit « Le repas sent bon, vous allez l'apprécier, bon appétit », cela aura un impact important sur la perception du repas pour le patient.

Nous allons tenter de voir comment, à travers les différents repas de la journée, les établissements arrivent à mettre des actions en place.

6.1. Les attentes des patients diffèrent selon le type de séjour et le service d'hospitalisation

a. Le court séjour

Les patients en court séjour ont souvent moins d'exigences que ceux qui restent plus longtemps. Ils savent que c'est pour une durée de plus ou moins 2-3 jours et qu'ils rentreront rapidement chez eux. Leur principale source de préoccupation n'est pas le repas mais leur jour de sortie. C'est d'ailleurs en court séjour que le gaspillage alimentaire est le plus important avec **2 fois plus** de pertes et gaspillages par repas que les résidents en long séjour (c'est à dire en moyenne 528g/repas/personnes).

Cette forte différence appuie bien l'idée que les attentes des patients en court séjour sont minimales et qu'ils n'ont pas la même inquiétude et sensibilisation sur le gaspillage alimentaire. Il est néanmoins nécessaire de porter une attention sur l'offre alimentaire pour ce type de séjour. Une possibilité d'amélioration est de demander aux patients les plats qui lui plaisent plutôt que de lui demander ceux qu'il n'aime pas. En effet, favoriser le choix positif pour que le patient consomme son repas et qu'il y ait moins de pertes semble essentiel plutôt que l'inverse. L'important sur les 2-3 jours d'hospitalisation n'est pas d'avoir un équilibre alimentaire parfait mais simplement que le patient se nourrisse et limite son gaspillage.

b. Le moyen et long séjour

Les patients en moyen et long séjour sont contraints de rester dans l'établissement plusieurs semaines, mois voire années pour les personnes âgées en institution. Le repas prend alors beaucoup plus de place et d'importance dans la journée. Ils ont aussi plus d'exigences sur la qualité de ce qui leur est servi.

Ici, l'offre alimentaire doit être variée, équilibrée, source de plaisir et de qualité pour les patients. Il faut penser qu'ils sont là pour une longue durée, et qu'ils consomment trois voire quatre (en comptant la collation) repas par jour. De plus, la dénutrition est omniprésente en EHPAD ou unité de long séjour, il faut donc travailler la qualité et la variété des plats.

Les patients dans certains services d'hospitalisation doivent aussi pouvoir bénéficier d'une adaptation forte de la part du service restauration. Nous citerons quelques exemples :

- Service d'oncologie avec des patients bénéficiant de chimiothérapie qui perturbe les sensations et les goûts en bouche ;
- Service de chirurgie avec des patients venant de subir une opération, qui sont dans un état « vaseux », fatigué, et l'estomac un peu dérangé.

Pour tous ces patients, il faut adapter l'offre alimentaire pour qu'ils puissent s'alimenter quand ils le souhaitent avec de préférence des aliments à texture modifiée, de préférence assez neutre en goût et de température tiède voir plutôt froide.

6.2. La journée alimentaire à l'hôpital et en EHPAD

1) Petit déjeuner

On dit que le repas le plus important de la journée est le petit-déjeuner, mais encore faut-il qu'on ait le choix de manger ce que l'on veut, surtout lorsque l'on se retrouve hospitalisé ou en institution (Maison de retraite, EHPAD).

Certains établissements n'offrent pas un large choix pour leurs patients par manque de moyens ou par manque de temps.

Le petit-déjeuner doit apporter de l'énergie pour toute la matinée et permet de réguler la faim tout au long de la journée. Il représente 25% de l'Apport Énergétique Total (AET).

En effet, il doit être constitué d' : un produit laitier, un produit céréalier, une matière grasse, un peu de sucre et une source de vitamines (fruit ou jus).

C'est ce que l'on recommande mais en pratique ces recommandations ne sont pas toujours respectées.

En milieu hospitalier comme en EHPAD, le petit déjeuner permet de mettre un terme au jeûne nocturne, souvent long. Il est servi par le personnel soignant qui apporte le plateau aux patients dans leur chambre.

Pourquoi ne pas travailler sur le petit-déjeuner quand on sait qu'il est important dans la journée et qu'il est souvent très apprécié des résidents puisqu'ils peuvent manger des aliments sucrés, certains des viennoiseries ?

En maison de retraite ou EHPAD : certains établissements varient les petits-déjeuners et proposent plusieurs choix aux résidents. Certains établissements hospitaliers ont tout misé sur le petit-déjeuner en accordant une enveloppe budgétaire plus élevée pour ce repas (cf. Exemple 5).

Le but étant de proposer une sorte de « room-service » aux patients pour casser la routine et valoriser le travail du personnel de service. C'est effectivement le personnel de service qui prépare le plateau à la minute où le patient énonce ce qu'il souhaite. De ce fait, le patient peut varier ses petits-déjeuners et les apprécier d'autant plus.

Il peut aussi prendre ce qu'il souhaite selon son appétit, ce qui va avoir une incidence considérable sur le gaspillage alimentaire. Quand on sait que le gaspillage alimentaire représente 264g/pers/repas de grammes en moyenne (362g en court séjour) à l'hôpital, on peut se dire que c'est en mettant en place des services comme celui-ci que l'on va pouvoir limiter et diminuer le gaspillage progressivement.

Enveloppe budgétaire plus importante pour le petit-déjeuner.
Donner le choix aux patients.
Sensibiliser le personnel.

Il faut que le personnel de service soit sensibilisé à l'importance du petit-déjeuner mais aussi à l'importance de l'alimentation au sens large du terme.

2) Déjeuner

Le déjeuner doit être équilibré. Ce repas est plus ou moins consommé car certains patients ont des CNO à prendre dans la matinée et cela a tendance à leur couper l'appétit. Des établissements ont donc mis en place des moyens pour pallier ce problème. Notamment en EHPAD, (cf. Exemple 4) le fait de ne pas distribuer trop d'eau ou de pain aux résidents avant le repas leur permet d'avoir plus d'appétit lors du repas. D'autant plus qu'on le sait, les personnes âgées n'ont plus une forte appétence.

L'appétit n'est pas la seule préoccupation, il faut tout simplement que le patient mange.

Certains établissements passent donc au choix positif en demandant aux patients ce qu'ils aiment, et non plus leurs aversions. Comme par exemple le Centre Hospitalier de Perpignan qui met petit à petit le choix positif en place.

Si le patient commence par dire ce qu'il aime et non plus ce qu'il n'aime pas, il pourra avoir dans son assiette des aliments qu'ils apprécient et même s'ils ne sont pas préparés comme il a l'habitude, il les consommera avec plus de facilité.

Le choix positif permet aussi de maîtriser voire de diminuer le gaspillage alimentaire. C'est toute cette réflexion que le CH de Perpignan (cf. Exemple 21) mène depuis quelques temps déjà.

Les CH ont des budgets très serrés, il faut donc trouver des moyens pour faire de petites économies qui permettront d'améliorer d'autres axes de la restauration comme par exemple la partie achats de denrées. Diminuer l'argent que l'on met « à la poubelle » avec le gaspillage alimentaire permet de le réinvestir dans un autre objectif.

Les CH ont besoin de méthode et d'accompagnement sur cette partie qui est difficile à mettre en place et qui demande beaucoup de temps au personnel, que ce soit le personnel de cuisine ou le personnel de direction.

Une bonne gestion du pain peut aussi être entraîner une diminution du gaspillage (très problématique dans certains établissements), tout en modifiant la distribution et passer d'un pain individuel à un pain tranché. Le pain tranché est mieux adapté pour être en lien avec l'appétit du patient.

Choix positif.
Travailler sur la présentation des plats pour que le plat
soit appétissant pour le patient.
Texture modifiée plus créative.
Déstructuration du modèle classique.

3) Goûter

Le goûter est considéré comme une collation qui est donnée en milieu d'après-midi. Il peut être composé de plusieurs éléments selon les établissements. De manière générale, on retrouve une boisson et un biscuit, pour que les patients ou résidents aient de quoi s'hydrater et manger quelque chose.

C'est un moment privilégié surtout en EPHAD, qui peuvent réunir les résidents grâce à un service d'animation. Certains EHPAD arrivent en effet à développer des goûters thématiques en lien avec les demandes des résidents. Les résidents sont donc impliqués dans la préparation du goûter, ce qui permet en plus de faire une activité, de les réunir afin qu'ils puissent partager un moment ensemble et déguster ensuite un goûter qui sort de l'ordinaire. Le fait d'organiser des activités thématiques permet aussi de dynamiser la vie en institution et redonner un peu de sens aux résidents.

Comme nous l'avons vu précédemment, la JNAH a organisé des concours tournés autour du goûter :

- « Mon goûter d'anniversaire en EHPAD » : un grand moment fédératif ;
- « Fruits en fête ! » : un grand moment de créativité ;
- « Dessine-moi un goûter » : un grand moment de BD.

Certains établissements ont très bien joué le jeu et ont remporté les concours grâce à une implication des différents acteurs. Ils ont même réalisé des vidéos et pris des photos pour marquer cette journée et montrer leur forte implication dans l'alimentation du patient ou résident.

Vous pouvez retrouver tous les exemples sur le lien :

https://www.flickr.com/photos/journee_alimentation_hopital/sets/72157654680498999/

4) Dîner

Le repas du soir est souvent négligé par les patients ou les résidents. Au-delà du manque d'appétit, il y a souvent la quantité qui est trop importante.

C'est pourquoi dans certains établissements il faut commencer par revoir les quantités et les diminuer. Mais la question de la dénutrition se pose également, car si les patients ne mangent pas assez le soir, ils s'exposent à une carence nutritionnelle pouvant entraîner des complications.

Certains établissements de santé ont décidé de repenser le repas du soir en proposant des repas « veloutines ».

La veloutine qu'est-ce que c'est ?

C'est un plat apportant tout ce dont un patient a besoin avec un apport en légumes et protéines non négligeables sous forme de velouté. Ce type de plat est surtout consommé pour les patients nécessitant une texture modifiée ou étant fatigués le soir. En effet, ils n'ont pas besoin de faire d'efforts de mastication ou de couper leurs aliments. La veloutine permet également de cacher la protéine pour combattre la dénutrition. (cf. Exemple 3).

VII) LES PRÉCONISATIONS

Grâce aux échanges que nous avons eu avec les acteurs de terrain, un certain nombre de points d'amélioration ont été identifiés. Ces axes d'amélioration fonctionnent dans certains établissements, pourquoi pas dans le votre ?

Au niveau national il serait envisageable que :

- Intégrer les qualités des produits locaux : maturité, type de production, impact écologique... dans les appels d'offre comme le permet le code des marchés publics dans la restauration collective ;
- Créer une charte sur l'approvisionnement local et/ou de qualité en milieu hospitalier ;
- Maintenir et développer à plus grande échelle la journée nationale de l'alimentation à l'hôpital pour que l'alimentation prenne une place importante dans le système de soins, et soit revalorisée au travers d'actions et de journées comme celle-ci ;
- Mettre en avant les établissements qui mettent en place des moyens et des méthodes pour l'amélioration de leur restauration et, pourquoi pas, réaliser un classement à partir de la qualité alimentaire des hôpitaux en France. Ceci permettrait de faire changer la vision de la société sur le repas à l'hôpital ;

Au niveau régional il serait envisageable que :

- Un référentiel de l'ensemble des producteurs locaux et régionaux (par catégorie de produits) capables de répondre à la demande des établissements de santé soient établis afin de faciliter le travail des responsables restauration ;
- Réaliser des rencontres entre les responsables restauration d'établissements de santé et les agriculteurs locaux pour que chaque corps de métier se rende compte des contraintes de chacun et voie comment travailler ensemble pour avancer chacun à leur niveau et avec leurs moyens ;
- Faire un travail de sensibilisation auprès des directions hospitalières et des EHPAD (Aimeriez-vous manger le repas des patients/résidents ?) pour que l'amélioration de la restauration hospitalière soit engagée dans la politique de l'établissement et non pas initiée uniquement par deux acteurs du maillon de la chaîne ;

- Informer les établissements sur la possibilité de mettre en place des jardins sur les toits ou autres parties inexploitées du site. Cette possibilité pour les établissements est notamment possible en région Midi-Pyrénées avec des sociétés comme Macadam Gardens ou Terr'eau Ciel qui peuvent lancer et mener à bien ce genre de projet.

Dans les établissements de santé :

- Démontrer au personnel de service (AS, ASH, hôtelier) l'intérêt que le patient mange et mange bien, expliquer le rôle de l'alimentation, les sensibiliser sur l'impact de l'alimentation sur le processus de guérison du patient ;
- Travailler avec des établissements pour travailleurs handicapés grâce aux marchés réservés où seul ce type de structures peuvent répondre à l'appel d'offre. A Nailloux, un ESAT travaille avec une Clinique pour les fruits et légumes mais aussi pour des achats de conserverie. Cette initiative permet de faire travailler des personnes handicapées mais aussi de développer l'économie locale sur le territoire ;
- Ne pas avoir une offre alimentaire avec trop de choix puisque le choix génère plus de gaspillage alimentaire, mais retravailler la qualité des prestations ;
- Retravailler les menus tout en respectant l'équilibre et la diversité alimentaire pour revaloriser le travail des cuisiniers, redonner du sens à la saisonnalité en introduisant plus de fruits et légumes de saison et permettre aux patients de ne pas être trop déconnectés de l'environnement extérieur ;
- Réfléchir sur le gaspillage alimentaire en adaptant les portions à l'appétit du patient par exemple ;
- Revoir les marchés passés avec certains fournisseurs pour essayer de faire des économies sur certains produits afin de pouvoir acheter de nouveaux produits de meilleure qualité ;
- Améliorer le recrutement du personnel de cuisine comme du personnel de service en embauchant des personnes qualifiées ou en proposant une offre de formation permettant aux personnes d'acquérir les compétences :
 - Formation diététique avec les diététiciennes de la structure ;
 - Formation sur l'hygiène avec le personnel de cuisine
 - Formation sur le service avec les hôteliers...

Ce sont des métiers qui demandent de réelles compétences tant sur la préparation des plats, leur remise en température et le service.

Au-delà de ces préconisations, nous vous incitons fortement à lire les annexes du présent rapport qui mettent en avant de nombreuses actions d'améliorations de l'offre alimentaire dans le secteur médico-social.

CONCLUSION

Le patient est une personne fragilisée puisqu'il est à l'hôpital de part sa pathologie plus ou moins grave. Il faut que les établissements de santé prennent en compte tous ces paramètres pour aménager la durée et les horaires de repas par exemple. Ainsi, que toutes les contraintes liées à l'état pathologique : fatigue, régime, douleur,...

Néanmoins, selon les établissements les leviers d'actions ne sont pas les mêmes.

En effet, le nombre de repas varie : il peut aller de 500 repas par jour pour une petite structure à 10 000 repas par jour pour un centre plus important comme le cas des CHU.

Mais nous l'avons vu certaines problématiques restent les mêmes : restrictions budgétaires, réglementations sanitaires,... Les établissements doivent s'adapter à toutes ces problématiques pour faire évoluer le système de restauration.

Cependant, nous avons vu aussi qu'un manque de collaboration et de concertation entre les différents acteurs du milieu hospitalier :

- En interne
- En externe : maillon de la chaîne cohabitant en amont avec les acteurs des filières agricoles et industries agroalimentaires.

La cohabitation entre les différents corps de métiers en interne et les acteurs de filière n'est pas toujours évidente car la vision globale de l'alimentation à l'hôpital n'est pas la même pour tout le monde.

La motivation des acteurs est primordiale dans le processus d'amélioration de la restauration en milieu médico-social dans sa globalité, fruit d'une vision partagée.

Un objectif d'amélioration doit être inscrit dans la politique de l'établissement pour que chaque acteur trouve sa place et ait les mêmes buts. La clef pour réussir une action d'amélioration et pour qu'elle soit pérenne dans le temps est de ne pas se fixer des objectifs trop ambitieux.

Tout d'abord, un état des lieux des pratiques doit être réalisé pour se rendre compte de ce qui est fait et de ce qui reste à faire.

Une fois l'état des lieux réalisé et les problématiques soulevées, il faut fixer les objectifs à atteindre ainsi que les étapes préalables pour y parvenir.

Pour finir, une évaluation des actions menées doit être établie pour comprendre ce qui a été fait et ce qui reste à faire dans l'établissement. Elle permet aussi de lever les freins rencontrés lors de l'action.

Nous pouvons nous demander ce que nous mangerons demain à l'hôpital et en maison de retraite, aura-t-on droit à des plats préparés maison dans une cuisine traditionnelle ou bien des plats dont la préparation sera décentralisées?