Accompagnement d'un hôpital à la réduction du gaspillage alimentaire

Guide Méthodologique

À travers l'expérience de l'accompagnement du centre hospitalier de Lons-le-Saunier en restauration externalisée

BRESSE DU JURA

Syndicat Mixte de la Restauration Collective Lédonienne

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFET DE LA RÉGION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

PROGRAMME NATIONAL POUR L'ALIMENTATION
NOTRE MODÈLE A DE L'AVENIR

ADEME
Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

ECLA JURA
Espace Communautaire Lons Agglomération

TERRITOIRE ZÉRO DÉCHET
zér GASPILLAGE

le tri
SYDOM du Jura

BRESSE du JURA

Opération réalisée avec le concours financier du Ministère de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la forêt.

Préface

Actrices de premier plan dans la restauration collective, les collectivités territoriales portent une responsabilité éminente dans la promotion d'une restauration saine, durable mais aussi dans la lutte contre le gaspillage alimentaire et la réduction des déchets.

Saine car la restauration collective démontre qu'elle gère des produits de qualité et se donne les moyens de pouvoir offrir des repas qui permettent la découverte culinaire et procurent une qualité gustative.

Durable, bien que les cadres d'hygiènes soient conséquents, il est possible de les concilier avec une approche économe de nos ressources.

Lutter contre le gaspillage, car il paraît démesuré et même incompréhensible de produire des repas sains et durable pour qu'ils ne soient pas mangés et donc jetés dans nos poubelles.

Le Syndicat Mixte de la Cuisine Centrale de Lons-le-Saunier impliqué dans ces démarches est depuis de nombreuses années associé avec le CPIE Bresse du Jura pour agir sur les évolutions des comportements.

C'est dans cet état d'esprit que le CPIE Bresse du Jura et le Syndicat Mixte ont souhaité de concert mobiliser leurs forces afin de réduire le gaspillage alimentaire dans les lieux de services des repas produits par la Cuisine Centrale. Cette démarche fut renforcée par le fait que la Communauté d'Agglomération est inscrite comme Territoire Zéro Déchets Zéro Gaspillages.

La réduction du gaspillage alimentaire au sein des établissements scolaires était en bonne voie, il restait néanmoins à s'attaquer à la racine du gaspillage émis en milieu hospitalier.

C'est pourquoi le CPIE Bresse du Jura a souhaité porter cette action d'accompagnement de l'hôpital pour une réduction du gaspillage alimentaire.

Accompagner l'hôpital de Lons-le-Saunier en tant qu'adhérent de la Cuisine Centrale apparaissait comme une évidence tant les volumes servis et la rotation des patients soignés sont conséquents. C'est aussi replacer cette dynamique de l'alimentation dans une perspective économique. En effet, permettre à un hôpital de réduire notablement son gaspillage permet de réaliser des économies importantes et lui donne la possibilité de préparer l'avenir, afin de mieux se structurer, s'organiser et créer des partenariats dans une perspective d'économie circulaire.

Mais sans formalisation, cette expérience serait peut-être restée dans son pré carré. Aussi, donner de la perspective, capitaliser, aller plus loin sur son territoire et au-delà, tel est la vocation de ce guide qui met en évidence les enjeux en milieu hospitalier mais qui montre surtout qu'accompagner un hôpital à sa réduction du gaspillage est possible.

Jacques PÉLISSARD
Maire de Lons-le-Saunier,
Président du Syndicat Mixte
de la Restauration Collective Lédonnienne

L'un des enjeux des décennies à venir sera de nourrir une planète de 8 à 9 milliards d'habitants. Il nous faut donc nous interroger sur notre alimentation, sur la manière dont elle est produite et surtout prendre conscience qu'un tiers des denrées alimentaires sont gâchées tout au long du cycle de la production et de la consommation. On prend alors la mesure de l'importance de la lutte contre le gaspillage alimentaire.

Pour permettre une prise de conscience plus importante de ce phénomène et amener à une modification des comportements le CPIE Bresse du Jura s'est donc intéressé à la restauration collective en menant un partenariat étroit avec les collectivités territoriales et tout particulièrement le Syndicat Mixte de la Cuisine Centrale de Lons-le-Saunier.

Fort d'une première expérience avec des établissements scolaires le CPIE toujours en partenariat avec la Cuisine Centrale s'est lancé dans un défi plus complexe, celui d'accompagner le Centre Hospitalier de Lons-le-Saunier. Plus complexe car la restauration hospitalière a des spécificités : publics très divers, régimes nombreux, adaptation journalière à l'état des patients mais aussi multiplicité des personnels et de leur vision de l'alimentation.

Il était donc important de permettre à d'autres acteurs souhaitant accompagner des établissements de santé de pouvoir bénéficier des réflexions, des conseils issus de cette expérience. Le guide méthodologique que vous avez entre les mains n'aurait pas vu le jour sans le travail effectué en étroite collaboration entre la Cuisine Centrale et le CPIE Bresse du Jura. Que tous ceux qui ont contribué à l'écriture de ce guide soient remerciés pour le travail fourni, en particulier Messieurs Didier Thevenet et Yannick Boyer tous deux acteurs convaincus et convaincant de l'importance de la lutte contre le gaspillage alimentaire.

Marie-Odile MAINGUET
Présidente du CPIE Bresse du Jura

Remerciements

L'ensemble des administrateurs du CPIE de la Bresse du Jura, qui ont cru et soutenu ce projet et qui ont accepté de le porter en Maîtrise d'Ouvrage remercient :

Les salariés pour leur engagement dans l'accompagnement de l'hôpital et le souci de la production de ce guide :
Caroline Bouchard, **Yannick Boyer**, **Anne-Sophie Maitret**, **Floriane Karas**, **Jean-Luc Saulnier**.

Les partenaires du projet qui ont été contributeurs ou relecteurs sans qui ce guide n'aurait pu avoir la qualité obtenue :

Didier Thevenet, Directeur de la Cuisine Centrale de Lons-le-Saunier

Xavier Verquin, Directeur de la Cuisine Centrale de Lys les Lannoys (59)

Caroline Joigneau, Chargée de mission Alimentation, Union Nationale des CPIE

Léa Bazin, Responsable Pôle Prévention Communication, SYDOM du Jura

Francis Pernot, Chargé de mission Territoire Zéro Déchets Zéro Gaspillage, Espace Communautaire Lons Agglomération (ECLA)

Muriel Janex, Chef du pôle « animation de la politique de l'alimentation », à la DRAAF Bourgogne Franche Comté

Bruno Jamier, Responsable Logistique au Centre Hospitalier de Lons-le-Saunier

Marie-Christine Poinot, Responsable hôtellerie Centre Hospitalier Territorial Jura Sud

Jacques Pélissard, Président du Syndicat Mixte de la Restauration Collective Lédonienne et Maire de Lons-le-Saunier

Pierre Grosset, Vice Président à l'Environnement à ECLA et Conseiller Régional

Nos partenaires financiers et techniques:

Le Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation à travers sa contribution via l'Appel à Projet Alimentation

L'Ademe de Bourgogne Franche Comté

La Collectivité ECLA (Espace Communautaire Lons Agglomération)

Le SYDOM du Jura

Nos deux partenaires sans qui le projet n'aurait pu exister :

Le Centre Hospitalier de Lons-le-Saunier

La Cuisine Centrale de Lons-le-Saunier

Guide Méthodologique

Accompagnement d'un hôpital à la réduction du gaspillage alimentaire

À travers l'expérience de l'accompagnement du centre hospitalier de Lons-le-Saunier

Ce guide est à destination d'associations, de collectivités, ou autres structures accompagnatrices qui souhaitent accompagner un établissement hospitalier dans sa réduction du gaspillage alimentaire.

Ce guide bien qu'orienté vers la gestion d'une restauration externalisée peut néanmoins s'appliquer aux établissements hospitaliers ayant une restauration interne à l'hôpital.

Le gaspillage alimentaire en restauration collective est un sujet prégnant qui est de plus en plus abordé, intégré dans les restaurations collectives en lien avec les écoles, collèges, lycées et autres établissements scolaires. Ce gaspillage est également de plus en plus pris en compte dans des établissements comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), des Instituts, des Cliniques et des Hôpitaux. En effet, les milieux hospitaliers accueillent sur un à plusieurs jours, ou un à plusieurs mois, nombre de patients qui bénéficient d'une restauration collective.

Ce guide méthodologique ne se veut pas exhaustif mais souhaite mettre en avant, à travers l'accompagnement d'un hôpital accueillant plus de 500 personnes par jour, les éléments de méthode que nous avons tirés de cette expérience et les partager afin de mieux comprendre le fonctionnement des milieux hospitaliers pour mieux les accompagner à la réduction de leur gaspillage alimentaire.

Nous tenons à remercier nos partenaires qui sans le soutien desquels ce projet n'aurait pu voir le jour.

Ainsi, un remerciement à nos partenaires financiers à savoir le Ministère de l'alimentation à travers le soutien du PNA, et l'ADEME Bourgogne Franche Comté.

Un remerciement aux personnels de l'hôpital qui se sont impliqués dans l'accompagnement et qui ont permis à travers cette expérience commune l'existence de ce guide.

Un remerciement particulier à la Cuisine Centrale de Lons-le-Saunier qui nous a soutenu dans ce projet et a été facilitatrice pour faire du lien entre le CPIE Bresse du Jura et l'hôpital.

Sommaire

I.La Restauration en hôpital : circuit et fonctionnement 11

A. Les grandes étapes de la chaine de restauration d'un centre hospitalier 13

B. Ce qu'il faut savoir sur le fonctionnement des centres hospitaliers 25

C. Atouts et faiblesses d'une restauration externalisée 26

II. Méthodologie d'accompagnement à la réduction du gaspillage alimentaire 29

A. Méthode d'accompagnement à la prévention du gaspillage alimentaire 31

B. Solutions de valorisation des restes alimentaires 47

C. Les points de vigilance et les écueils à éviter 49

D. Les facteurs de réussite d'un projet de réduction du gaspillage alimentaire 50

Ressources bibliographiques pour aller plus loin... 52

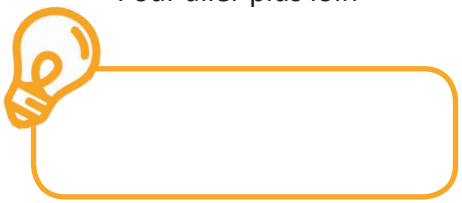
Repères de lecture

Voici quelques repères visuels pour faciliter la lecture de ce guide :

Zoom sur...

Point de vigilance

Pour aller plus loin



Outils

Partie 1

La restauration dans un centre hospitalier
Circuit et fonctionnement

Ce guide est-il fait pour vous ?

Afin d'accompagner un centre hospitalier vers une réduction du gaspillage alimentaire il est nécessaire d'avoir une vision globale de l'organisation de la chaine de restauration et des spécificités d'un hôpital par rapport au reste de la restauration collective.

Il est nécessaire de se questionner sur l'organisation fonctionnelle de la chaine de restauration :

Quels est le mode de gestion de la restauration collective ?

Les repas sont-ils préparés en interne ou sont-ils externalisés ?

Le service de restauration est interne.
Deux cas de figures :
Les repas sont fabriqués en gestion directe.
Les repas sont fabriqués en délégation de service.

Les repas sont-ils livrés par un fournisseur extérieur ?

Le fournisseur peut être :
Soit un prestataire extérieur qui agit dans le cadre d'une Délégation de Service Public
Soit un syndicat mixte dont l'hôpital est adhérent.

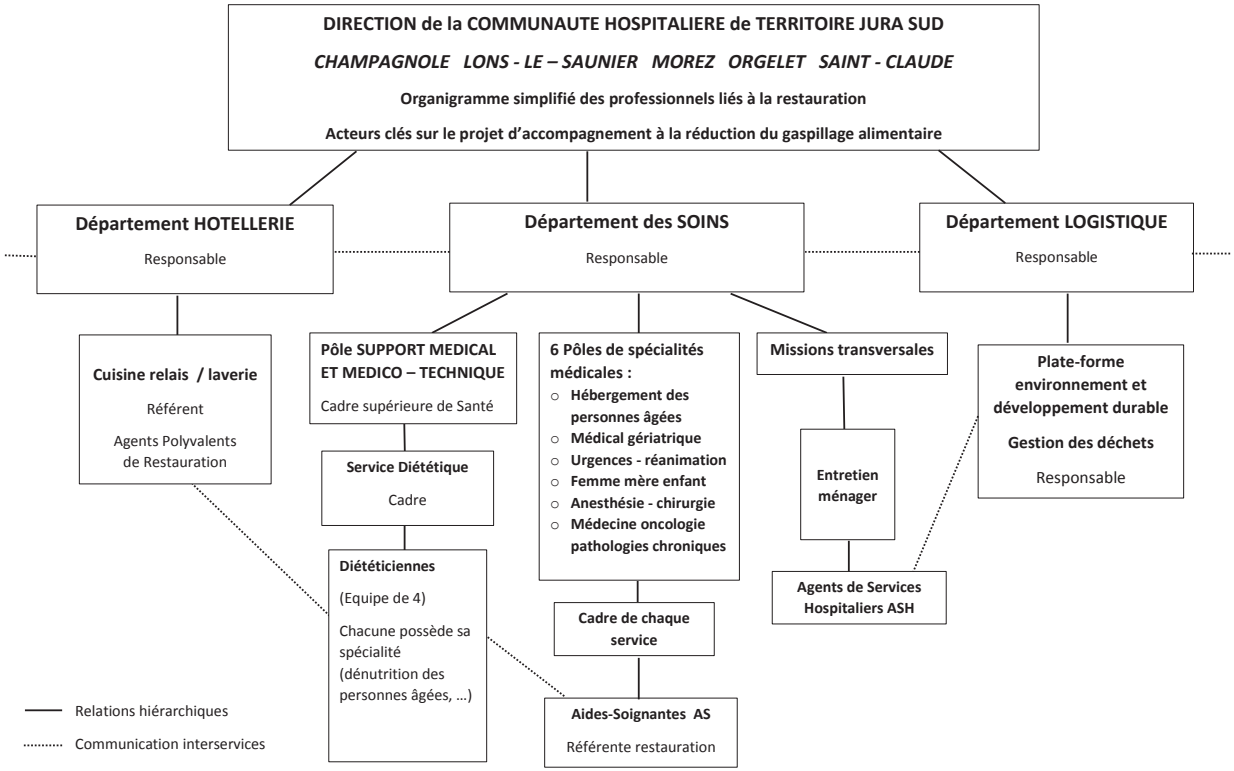
Ce guide méthodologique veut présenter le fonctionnement interne d'un hôpital, mais s'attachera plus particulièrement aux hôpitaux qui ne produisent pas les repas.

A. Les grandes étapes de la chaine de restauration d'un centre hospitalier

Dans les années 1990, pour diminuer les coûts, de nombreux hôpitaux ont externalisé la préparation des repas, confiée à des entreprises de l'industrie agro-alimentaire, et gardé une cuisine interne qui a fonction de cuisine relais, comme c'est le cas au centre hospitalier de Lons-le-Saunier.

Depuis maintenant quinze ans, la tendance est au retour à une cuisine internalisée dans les petits établissements et les EHPAD. En effet, dans ce cas, la différence de coût est minime par rapport à une prestation extérieure et la qualité gustative est mieux maîtrisée.

La situation présentée ici est celle du centre hospitalier de Lons-le-Saunier qui est représentative des gros centres hospitaliers (plus de 500 lits) et qui a fait le choix de rester externalisé non pas avec un fournisseur exterieur mais en intégrant un syndicat mixte.



Un peu de jargon pour s'y retrouver :

AS : Aide Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

ASHQ : Agent de Servie Hospitalié Qualifié

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Un peu d'histoire… En 2010, l'hôpital de Lons-le-Saunier doit faire un choix face à la vétusté de ses cuisines. La remise aux normes dans des locaux anciens était trop lourde (d'un point de vue budgétaire et organisationnel). S'il était envisagé de poursuivre en gestion directe in situ cela aurait nécessité la création d'un nouveau bâtiment. Ce choix fut très vite abandonné. Reste la délégation de service public… ou intégrer le Syndicat Mixte de la Cuisine Centrale de Lons-le-Saunier. C'est cette dernière option qui a été choisie.

Fait intéressant: cela a permis de renforcer la pérennité de la cuisine centrale et d'associer l'hôpital à une dynamique de territoire.

Le challenge : une compétence supplémentaire pour la cuisine centrale avec des spécificités qui vont être nouvelles à gérer et une réorganisation conséquente pour l'hôpital.

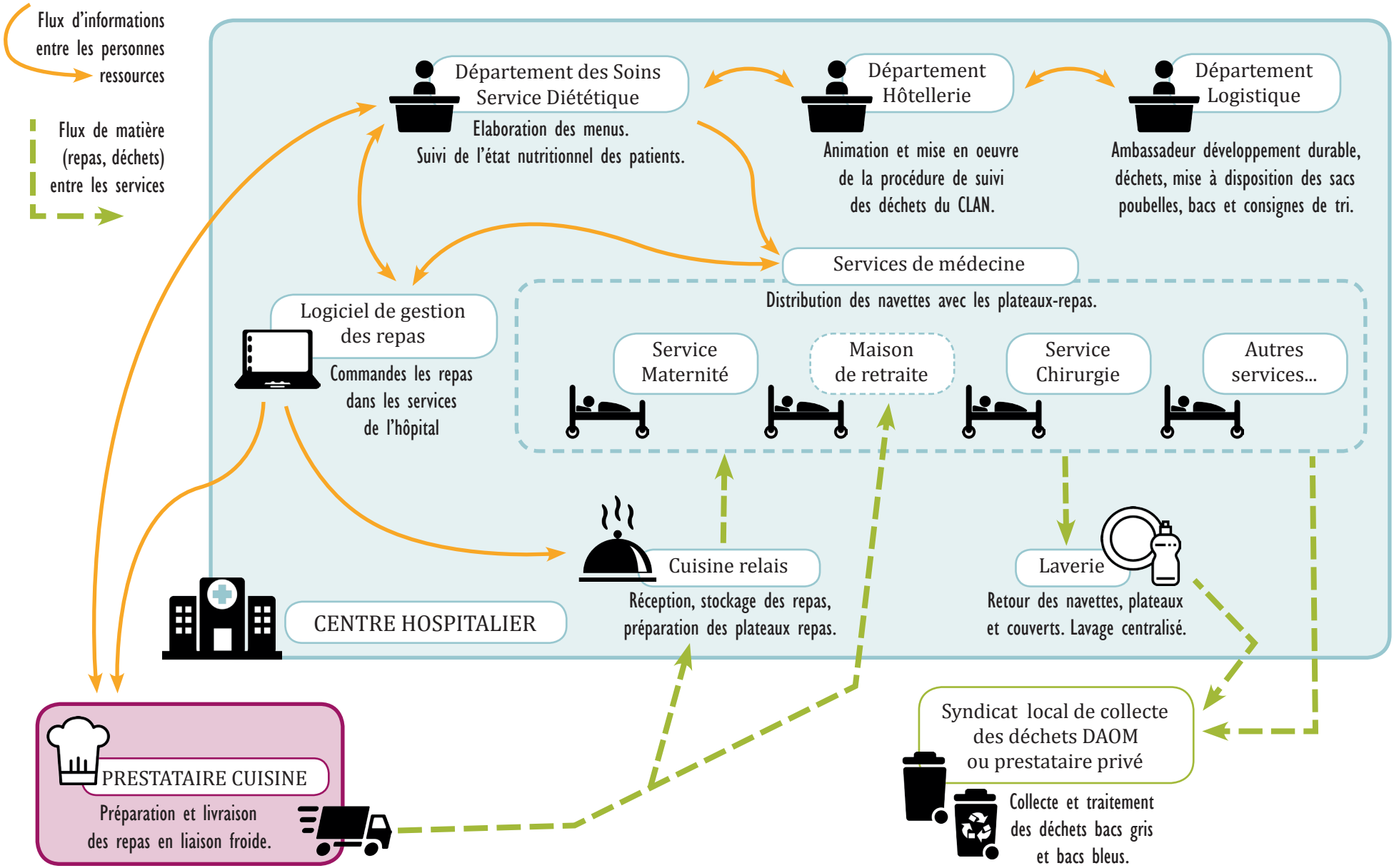
L'hôpital devient adhérent du syndicat mixte de la cuisine centrale de Lons-le-Saunier, une partie du personnel cuisine va renforcer l'équipe de la cuisine centrale. Ce choix permet pour l'hôpital et la cuisine centrale d'être en interaction permanente, et ainsi d'être dans une progression constante.

Par ailleurs, l'hôpital en qualité d'adhérent est acteur du syndicat mixte au même titre que les autres adhérents que sont les communes, notamment la ville de Lons-le-Saunier.

La structuration initiale va avoir une incidence sur l'accompagnement et les évolutions possibles.

Ce ne sera pas la même dynamique si l'hôpital fait appel à un prestataire dans le cadre d'une Délégation de Service Public. Le rapport entre commanditaire et prestataire n'est pas du même registre.

Schéma d'organisation de la restauration et de la gestion des déchets dans un hôpital



1. Une grande variété de Menus spécifiques pour les patients de l'hôpital et les résidents de l'EHPAD

QUI ? Département des Soins
Service Diététique

MISSION ? Elaboration des menus
Etat nutritionnel des patients

En hôpital, il est servi tout un panel de menus spécifiques et régimes spéciaux adaptés aux besoins des patients d'un hôpital (selon leurs pathologies et tout au long d'un séjour hospitalier le profil alimentaire d'un patient peut changer). De jeunes mamans à la maternité vont avoir des menus classiques ou légèrement adaptés même si elles ne sont pas « malades ». Les personnes âgées auront des menus classiques mais qui seront ajustés afin de permettre une mastication plus aisée et des portions plus petites. A contrario, pour des patients allergiques ou immunodépressifs, il y aura des menus très spécifiques.

Il existe deux types de menus à l'hôpital:

- Le menu « Equilibre et saveur » est adapté aux spécificités de l'alimentation des personnes de moins de 75 ans ayant une tendance thérapeutique (adpaté aux diabétiques, cardiaques, ...)

- Le menu « Vital ainé » est adapté aux personnes âgées qui ont des régimes spéciaux : textures modifiées (mouliné fin ; sans résidu ; mixé), préparations enrichies (hyper-protéiné) ; potage, compote, etc.

Le manger-main est aussi une solution bien adaptée aux personnes âgées et à certains patients puisqu'il supprime l'usage des couverts, et permet de retrouver le plaisir de manger. Il y a aussi la possibilité de laisser de la nourriture à disposition à toute heure, notamment dans les EHPAD.

Ces menus sont définis à l'avance par le service diététique de l'hôpital, éventuellement en lien avec le fournisseur, selon un plan alimentaire. Des recommandations nutritionnelles, des grammages et une fréquence / variété de plats, d'après les objectifs du PNNS*.

Plus d'nformations sur le site du GEMRCN
ww.gemrcn.fr

Mais aussi sur le site du Ministère
de l'Agriculture et de l'Alimentation
à travers le PNA*

Attention !

Les temps de repas avec la spécificité de ces menus ne sont pas forcément vus comme un temps de convivialité comme cela peut l'être dans d'autre contextes. Bien souvent le repas est considéré comme faisant partie des soins…

Aussi la perception du temps de repas entre médecin(s), infirmier(ère)s, ASH, … cuisiniers, et autres personnels peut être également très différente.

Il convient donc de clarifier la représentation de chacun car cela a une incidence à posteriori sur le gaspillage alimentaire.

* PNNS : Programme National Nutrition Santé
** PNA : Programme National Alimentation

2. Les commandes de repas se font avec logiciel spécifique

QUI ? Les ASH

MISSION ? Commandes des repas dans les services de l'hôpital via un logiciel de gestion des commandes

Dans un hôpital, les commandes de repas sont informatisées via un logiciel spécifique qui est en lien avec le logiciel de gestion des entrées et sorties des patients.

Le personnel de service qui s'occupe du service des repas (AS* ou ASH** selon les services) peut avoir un accès au logiciel de gestion des commandes de repas pour modifier les commandes selon le profil des patients dans une certaine mesure, notamment pour commander une « ½ portion » pour un patient qui a un faible appétit, ou indiquer « patient à jeun » dans le cas d'une demande du médecin d'être à jeun, ou même d'une sortie anticipée du patient.

Pour des demandes plus spécifiques liées à un changement de profil alimentaire des patients, le personnel de service ne peut pas toujours le faire directement, il doit alors passer par le service diététique qui a un accès plus large aux capacités du logiciel, pour ajuster les commandes au plus près des besoins des patients.

Dans les deux cas, c'est au personnel de service qui est en contact direct avec les patients de prendre le temps de faire cet ajustement.

* AS : Aide Soignante
** ASH : Agents de Service Hospitalier

3. Le fournisseur prépare et livre les repas commandés

QUI ? Cuisine Centrale

MISSION ? Préparation et Livraison des repas par un fournisseur Livraison des plats en liaison froide à l'unité pour les yaourts, fromages individuels, fruits, en barquettes plastiques ou en bacs gastronomiques pour les plats et entrées

Le fournisseur du centre hospitalier en charge de la préparation et la livraison des repas peut être soit :

- un prestataire extérieur qui répond à un appel d'offres, et qui peut changer au fil du temps.
- un syndicat mixte de la restauration collective, partenaire de l'hôpital.

Le fournisseur est en lien avec le service diététique du centre hospitalier.

Avec des cuisiniers curieux d'apprendre, bien formés à la spécificité de ces menus, et avec des équipements adaptés, il est possible de préparer de bons repas adaptés aux patients et aux résidents. Toutefois, le fournisseur n'a pas forcément que le centre hospitalier comme client ou prescripteur. Il va devoir ajuster son fonctionnement aux exigences d'un hôpital. Si le fournisseur sert d'autres convives (par exemple… des scolaires), il va devoir trouver un fonctionnement de production croisé.

La diversité et les besoinsparticuliers nécessaires à la fabrication de ces menus exigent du fournisseur de réelles compétences pour ce type de convives et ainsi proposer des repas adaptés aux quantités et de qualité aux patients et résidents d'un centre hospitalier.

Comment concrètement cela fonctionne-t-il?

Le fournisseur récupère les commandes de repas via le même logiciel de gestion des commandes que l'hôpital, en général une semaine avant le jour J, et prépare les repas quelques jours à l'avance. Sachant que les commandes de repas évoluent en temps réel avec les entrées/sorties de patients, et le changement de régime alimentaire de certains patients.

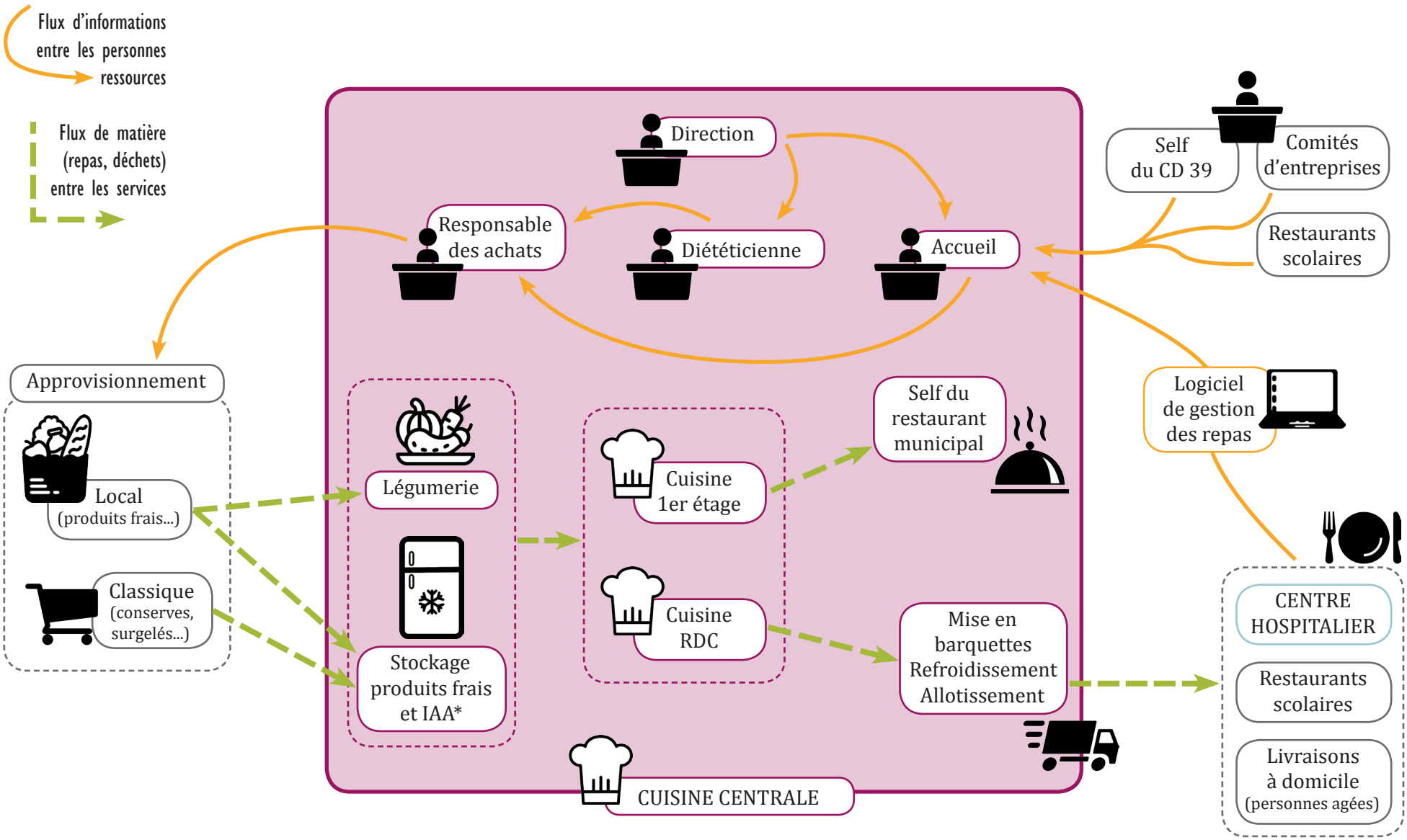
Ce décalage entre le récapitulatif des commandes au moment de la préparation des repas et les évolutions du nombre et des besoins des patients/résidents génère du gaspillage alimentaire, et constitue un levier d'action important en terme de réajustement des commandes.

Les repas sont livrés en liaison froide, c'est à dire que les plats cuisinés sont redescendus en température, juste après leur cuisson à 10°C à coeur en moins de 2 heures puis stocké à +3°C durant toute la chaîne du froid et livrés dans des camions réfrigérés. Les livraisons se font 5 ou 6 jours/7 selon les jours de travail du fournisseur. Les repas du samedi et dimanche sont livrés un ou deux jours à l'avance, voir trois ou quatre jours lorsqu'il y a des jours fériés.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Spécificité pour la préparation et la livraison des repas : Syndicat Mixte de la Restauration Collective Lédonienne.

SCHEMA D'ORGANISATION DE LA CUISINE CENTRALE DE LONS LE SAUNIER



* IAA : Industrie Agro-Alimentaire

4. *La* cuisine relais : ses fonctions et missions

QUI ? Référent Agents Polyvalents de Restauration

MISSION ? Réception, stockage des repas, préparation des plateaux repas sur la chaîne plateaux, à partir des cartes plateaux de chaque patient.

Une cuisine relais par son intitulé est l'interface entre la cuisine centrale et les différents services hospitaliers (maternité, chirurgie, pneumologie, pédiatrie, ...).

Les Agents Polyvalents de Restauration de la cuisine relais de l'hôpital ont pour mission de :

- réceptionner les repas livrés par le fournisseur en liaison froide ;
- remettre en température les plats qui se servent chauds (potage, plat prinicpal, accompagnement...) ;
- préparer les plateaux repas sur la chaine-plateaux, avec le détail du contenu à partir des cartes plateaux de chaque patient, détaillant le contenu de chaque plateau repas, établies grâce au récapitulatif des commandes de repas imprimé le matin.

Les plateaux repas sont préparés pour l'ensemble des services de l'hôpital (parfois hors maison de retraite EHPAD livrées en direct).

Les entrées, fromages et desserts sont emballés dans des barquettes individuelles et réparties directement sur les plateaux. Les plats (viandes/poissons et accompagnements) sont livrés dans des grands plats gastronomiques inox et servis dans des assiettes en fonction de la carte plateau de chaque patient, ils sont réchauffés dans des fours de remise en température.

Les plateaux repas sont préparés environ 2 à 3 heures à l'avance et stockés dans des chariots navettes pour chaque service (pouvant contenir jusqu'à 30 plateaux) avec une partie réfrigérante et une partie chauffante afin d'assurer la marche en avant et le maintien des températures.

La cuisine relais ne gère pas les commandes de repas des autres services mais imprime un récapitulatif chaque matin. Il réajuste les plateaux repas si besoin selon les demandes de dernière minute.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Une partie du personnel de la cuisine relais a travaillé à la cuisine centrale auparavant. Il en connait donc bien le fonctionnement, et facilité les échanges et la compréhension des contraintes de travail du prestataire.

5. *Les repas sont distribués aux patients et résidents dans les services de l'hôpital*

Le temps du repas est d'environ 1h30 dans les services entre l'arrivée des navettes avec les plateaux repas, et le retour en laverie.

Les navettes sont apportées dans les services par des coursiers à des horaires précis, les plateaux repas sont distribués dans les services par le personnel hospitalier (AS ou ASH), et récupérés entre 45 min et 1h après.

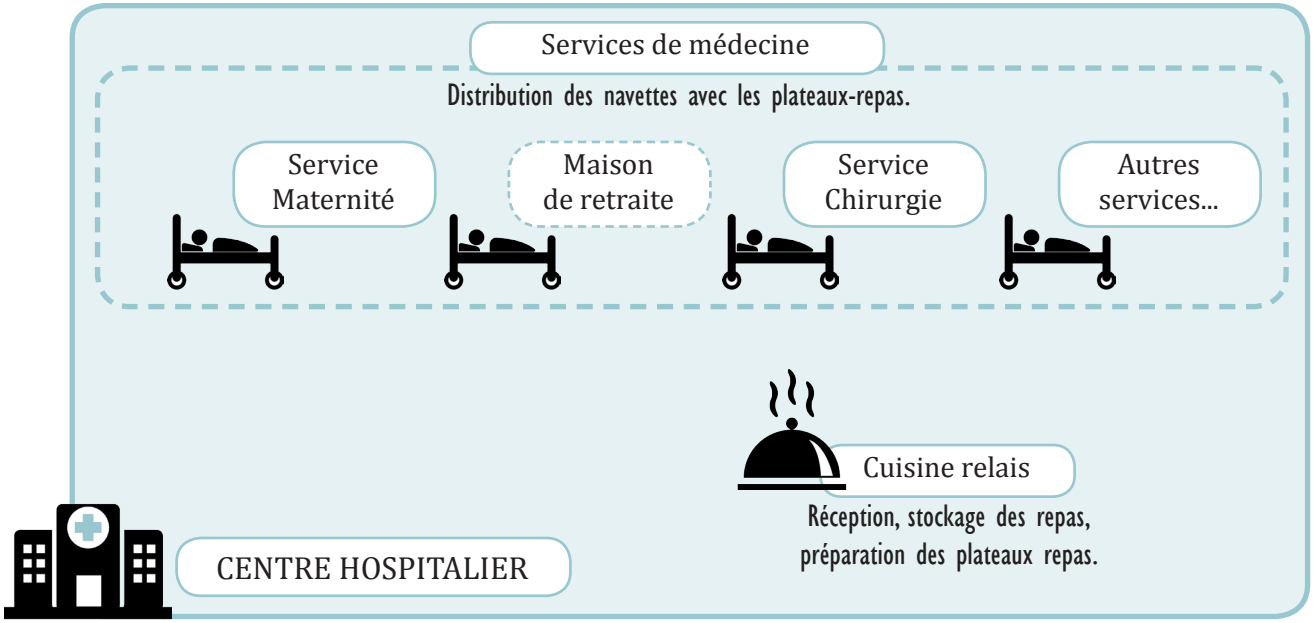
Tous les repas ne passent pas nécessairement par la cuisine relais.

En effet les EHPAD peuvent être livrés directement par le fournisseur.

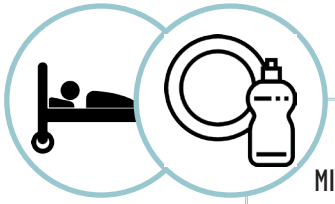
A ce moment là, Les plats chauds et accompagnements sont livrés en barquettes puis remis dans des plats de service. Les résidents sont servis dans leur assiette avec ajustement des portions selon leur appétit et leurs goûts car le personnel les connait bien.

QUI ? Service médecine
Agents de service hospitaliers
Aides-soignantes

MISSION ? Service des repas
Distribution des navettes avec les plateaux-repas dans les services par le personnel soignant ou le personnel de service.



6. Le débarrassage des plateaux et le tri des déchets



QUI ? ASH ou AS

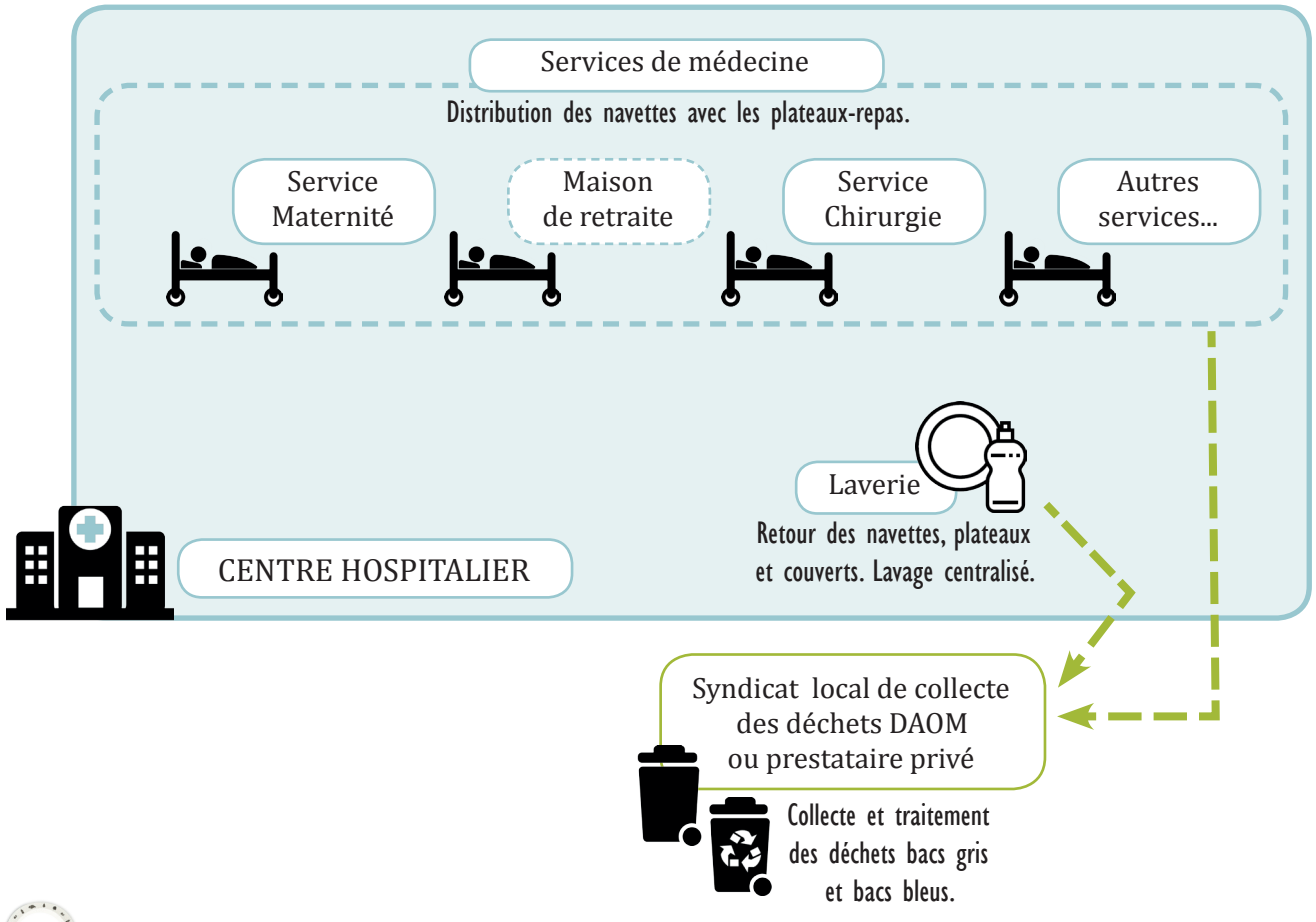
MISSION ? Dérochage décentralisé dans chaque service ou centralisé en laverie :

Dérochage décentralisé : Les déchets alimentaires, serviettes en papier et déchets plastiques des plateaux-repas sont mis en poubelle dans les services par le personnel chargé du service des repas. Avec ou sans tri sélectif des déchets et biodéchets.

Dérochage centralisé : Les déchets alimentaires, serviettes en papier et déchets plastiques des plateaux-repas sont mis en poubelle dans un local dédié au tri et au lavage par le personnel chargé du lavage. Avec ou sans tri sélectif des déchets et biodéchets.

Les plateaux sont vidés de leurs restes alimentaires et autres déchets (barquettes plastiques, serviettes, etc) selon l'organisation logistique et du personnel, soit :

- dans les services, par le personnel hospitalier (AS ou ASH selon les services), ce que l'on appelle un « dérochage dans les services ».
- en laverie une fois les navettes ramenées par les coursiers, par le personnel chargé du lavage des plateaux et couverts, ce que l'on appelle un « dérochage centralisé ».



7. *La* laverie

C'est le lieu qui centralise tous les chariots navettes après la distribution des repas.

Depuis les services, les plateaux repas distribués aux patients sont remis dans les chariots navettes. Ces derniers sont emmenés vers la laverie par les coursiers. C'est dans cet espace que les plateaux, les couverts, les assiettes, les verres vont être lavés dans un lave-vaisselle industriel « Tunnel », après trempage dans de grands bacs.

Les chariots navettes sont lavés au jet puis désinfectés. Ils sont réacheminés ensuite vers la cuisine relais pour la préparation des plateaux des repas suivants.

QUI ? Laverie

MISSION ? Retour des navettes, plateaux et couverts
Lavage centralisé

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

A noter que le temps entre le retour des navettes du midi et la chaîne-plateaux des repas du soir est souvent court.

8. *La* collecte et la gestion des déchets alimentaires

QUI ? Service logistique

MISSION ? Collecte et traitement des déchets bacs gris et bleus par un Syndicat local de collecte des déchets DAOM et/ou par un prestataire privé sur un regroupement d'hôpitaux (DAOM et DASRI).

En terme de flux des déchets, les agents de services hospitaliers (ASH) relèvent les poubelles deux fois par jour dans les services et les déposent dans un local intermédiaire en bas de chaque bâtiment.

Un agent technique récupère les poubelles chaque jour dans les locaux intermédiaires et les apporte au local poubelle centralisé où a lieu la collecte des bacs.

La collecte des DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux) est confiée à un prestataire spécialisé, en général suite à un appel d'offre passé par un groupement d'hôpitaux. Ce prestataire peut également collecter les DAOM (Déchet Assimilé aux Ordures Ménagères). Le marché passé peut évoluer au fil du temps pour intégrer de nouveaux besoins, notamment la collecte des biodéchets, si plusieurs hôpitaux du groupement sont prêts à mettre en place le tri sélectif des biodéchets en interne.

La collecte des DAOM peut aussi être assurée par un syndicat de collecte local.

* DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
** DAOM : Déchet Assimilé aux Ordures Ménagères

B. Ce qu'il faut savoir sur le fonctionnement des centres hospitaliers

Le regroupement des centres hospitaliers sur un territoire.

La tendance actuelle pour une optimisation de la gestion des hôpitaux publics est le regroupement des établissements en Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) ou Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Le fonctionnement de la restauration internalisée ou externalisée n'est pas pour autant le même dans tous les centres hospitaliers d'une même CHT* ou GHT**. Cela est fonction de la taille de l'établissement (compter en nombre de lits et taux d'occupation).

Ce regroupement en CHT peut permettre d'optimiser certaines procédures, notamment au niveau du suivi des déchets alimentaires, et d'envisager des achats groupés d'équipements.

Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) et la procédure de suivi des restes alimentaires en interne.

Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition est un organe de suivi et de décision mis en place à l'échelle communautaire des CHT ou GHT, dans une démarche d'amélioration de la qualité nutritionnelle et d'économies. Il rassemble jusqu'à une centaine de personnes, cadres administratifs, médecins, cadres de santé, diététiciennes, responsables des cuisines, infirmières, et responsables qualité.

Aussi dans de nombreux hôpitaux il existe déjà une procédure de suivi et d'évaluation des déchets alimentaires dans le cadre du CLAN***, qui prévoit des pesées régulières pour quantifier le gaspillage et la mise en oeuvre d'un plan d'action.

Attention !

L'espace-temps que les personnels peuvent consacrer à une démarche de réduction du gaspillage est en sus de leur travail quotidien.
Il convient de trouver le bon espace et la bonne fréquence des échanges et prises de décisions.
Le CLAN*** se réunissant régulièrement est très approprié. Il conviendra de donner du sens à ce que la démarche réduction du gaspillage se fasse dans ce cadre.

D'autre part, au sein de chaque centre hospitalier, se réunit régulièrement une Commission Restauration et Nutrition, qui rassemble une trentaine de personnes, le responsable du département Hôtellerie-Restauration, une aide-soignante référente Nutrition pour chaque service, le référent de la cuisine relais, le service diététique, et éventuellement le directeur et la diététicienne du fournisseur / syndicat mixte de restauration collective, pour échanger sur le fonctionnement de la chaine de restauration.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

L'hôpital de Lons-le-Saunier est le plus gros centre hospitalier de la CHT* Jura Sud et le seul à ne pas avoir de cuisine interne. Tous les hôpitaux de la CHT Jura Sud sont concernés par la procédure de suivi des déchets alimentaires.

* CHT : Communauté Hospitalière de Teritoire
** GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
*** CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

C. Atouts et faiblesses d'une restauration externalisée

1. Au niveau du fournisseur

Fournisseur situé dans la même ville.

- Grâce à la livraison en liaison froide, les cuisiniers peuvent produire que 5 jours / 7 du lundi au vendredi pour élaborer les repas de l'hôpital qui fonctionne 7 jours / 7.

- La proximité géographique permet une réactivité lors des incidents possibles.

- Cela permet aussi des collaborations au niveau du personnel : ainsi le personnel de la cuisine relais peut avoir travaillé chez le fournisseur et en comprend bien la façon de faire, ou inversement, ce qui permet de créer de la continuité entre fournisseur – liaison froide – cuisine relais – patients.

- Le lien syndicat mixte de la restauration collective - hôpital : l'hôpital, étant adhérent du syndicat mixte, est partie prenante de la démarche ce qui permet des échanges plus réguliers et une prise en considération des fonctionnements des deux structures.

Fournisseur extérieur en liaison froide.

- Un fournisseur qui ne dessert pas que l'hôpital peut faire plus difficilement du « sur mesure », surtout pour les régimes spéciaux.

- Il peut y avoir un décalage entre les commandes de repas qui sont mises à jour quasiment en instantané dans le logiciel de gestion des commandes et le prestataire qui est obligé d'arrêter un récapitulatif des commandes à J-3 en général le temps de préparer les repas. Même si un réajustement est possible jusqu'au jour même, il se fait dans le sens de l'ajout de repas mais il n'y a pas de retraits de repas.

- La remise en température peut avoir un impact sur la qualité gustative si celle-ci n'est pas opérée correctement.

- La gestion des volumes au moment du week-end est plus difficile à affiner notamment en raison du nombre important de sorties d'hôpital le vendredi, il n'y a pas d'ajustement possible pendant le week-end.

2. Au niveau de l'hôpital

Cuisine relais au sein de l'hôpital.

- Centralisation de la préparation des plateaux repas, plus d'efficacité et mutualisation au niveau du personnel et des moyens: chaîne plateau, remise en température et maintien au chaud dans les navettes, local spécifique.

- Une remise en température maitrisée afin d'assurer la qualité des aliments.

- Possibilité d'ajustement du nombre de repas si changement de dernière minute, **rôle tampon** par rapport aux aléas des commandes et envoie des surplus éventuels au self du personnel qui est ouvert le midi en semaine.

Laverie de la cuisine relais.

- Centralisation du retour des plateaux à proximité de la cuisine relais pour une optimisation du lavage des couverts, plateaux; navettes, réutilisées juste après le service du midi pour la préparation du repas du soir.

Fonctionnement de la cuisine relais.

- Le maintien en température prolongé des plats chauds dans les navettes, du fait de la préparation des plateaux 2 heures avant le service, peut avoir également une incidence sur la qualité gustative et la présentation des plats.

- Le personnel ne sait / ne voit pas du tout ce qui se passe dans les services, si les plats sont consommés ou non.

- Il existe peu d'échanges avec les services pour avoir ce retour (en commission restauration une fois / trimestre).

- Ce n'est pas le personnel de la cuisine relais qui gère les commandes de repas, et il ne peut pas ajuster les quantités appropriées à chaque service du fait des pathologies, de l'état des patients, etc.

- Les personnels de la cuisine relais constituent un intermédiaire dans la chaine alimentaire, cela multiplie les interfaces / interlocuteurs, et les problèmes de communication ou la perte d'information.

Dérochage dans les services.

- Formation du personnel plus lourde car plus de personnes réparties dans les différents services à former sur les évolutions de pratiques ou pour faire des rappels.

- Turn - over des personnels qui doivent être à nouveau formés afin d'opérer ce dérochage dans les meilleures conditions d'hygiène.

- Manutentions des poubelles à descendre plus conséquente que dans le cas d'un dérochage centralisé.

- Tri moins opérant, notamment lorsqu'il y a extensions de consignes de tri et séparation des biodéchets des autres déchets.

3. Au niveau global du fonctionnement

Logiciel de gestion des repas centralisé.

Le logiciel a son efficacité. C'est un atout du fait du nombre très élevé de commandes de repas à gérer chaque jour, et un outil qui peut être utilisé plus finement pour ajuster les commandes.

Le frein se situe de ce fait au niveau de son utilisation et de la formation du personnel qui pourrait affiner les commandes mais n'en a pas forcément ni le temps ni les compétences.

Ressources humaines.

- Le turn-over important dans les services pour tout ce qui relève de la formation du personnel.

- Un problème de hiérarchie avec notamment en terme de pilotage; par exemple le responsable de la plateforme environnement qui donne les consignes de tri pour les faire appliquer n'a pas autorité sur le personnel hospitalier qui dépend du département Soins.

- Des problèmes de communication existent du fait de la multiplicité des interlocuteurs dans la chaine de l'alimentation, et des différences de perception des enjeux liés à l'alimentation entre les diététiciennes et la responsable hôtellerie pour qui le repas est un acte de soin, le médecin qui les voit comme une source de complication post opératoire, les aides-soignantes comme une routine pour bien se nourrir, les cuisiniers comme une source de plaisir, etc.

Partie II

Méthodologie d'accompagnement à la réduction du gaspillage alimentaire

L'offre alimentaire et la réduction du gaspillage alimentaire sont liés :

Cela débouche sur 2 objectifs complémentaires :

- Adapter au mieux les quantités commandées par rapport aux besoins des patients / résidents (en les réduisant pour les ajuster au maximum).
Pour cela il sera nécesaire de réaliser des fiches techniques dédiée propre à chaque établissement pour chaque type de convives. La gestion des menus via un logiciel rendra la tâche plus aisée.

- Proposer des menus équilibrés de qualité qui seront mieux consommés, ce qui vise à réduire légèrement la quantité de nourriture consommée.

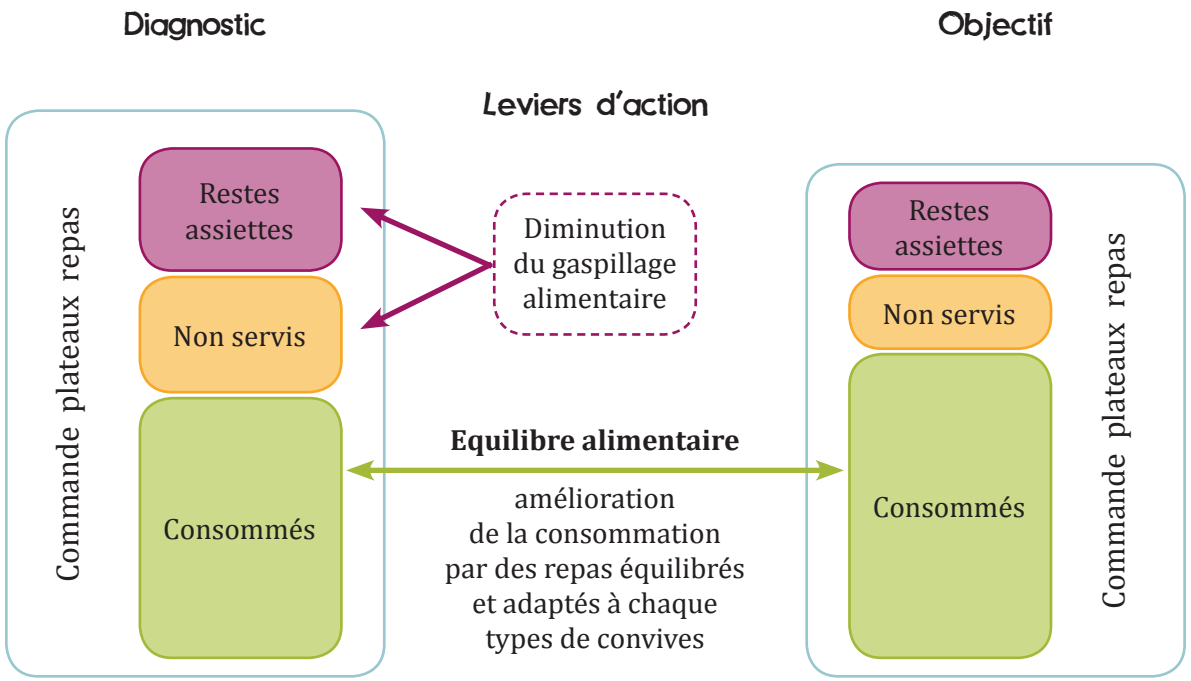
Gaspillage alimentaire = restes alimentaires évitables qui sont jetés ou non valorisés.

La Loi de février 2016 indique une hérarchie de la valorisation des matières.

Aussi pour lutter contre le gaspillage alimentaire il est possible d'agir :

- En amont, sur les commandes, la préparation des repas, et au moment de la consommation, c'est-à-dire en prévention pour réduire la quantité de nourriture qui n'est pas consommée (voir le chapitre A).

- En aval sur la valorisation des restes alimentaires afin qu'ils ne soient pas jetés (voir le chapitre B).



A. Méthode d'accompagnement à la prévention du gaspillage alimentaire : quelles étapes clés ?

1. Mobiliser des personnes ressources liées à la chaine de restauration
2. Etablir un diagnostic « chaine de restauration » et « points de gaspillage »
3. Etablir un état initial du gaspillage alimentaire.
4. Définir les leviers d'action prioritaires et les mettre en œuvre.
5. Suivi / évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre.
6. Communiquer les résultats.

Timing global : prévoir un an d'accompagnement

Phasage (voir détail ci-après pour chaque phase)

1. Mobiliser les personnes ressources liées à la chaine de restauration

a. Identifier et rencontrer les personnes ressources liées à la restauration et à la gestion des déchets.

Voir l'organigramme restauration déchets Hopital Lons

Descriptions des fonctions des différentes personnes ressources :

- Les responsables du département Logistique et Hôtellerie-Restauration : décisionnaires pour la mise en œuvre d'actions.

- Le responsable de la plateforme environnement et développement durable : fonction transversale de logistique de la gestion des déchets hospitaliers, mise à disposition dans les services des sacs poubelles et nouvelles consignes de tri.

- Le référent de la cuisine relais, ou son suppléant : il s'occupe du planning du personnel cuisine relais / laverie et des remplacements en cas d'absence. Il n'a pas position hiérarchique pas rapport à ses collègues Agents Polyvalents de Restauration.

- Une diététicienne / professionnelle de la nutrition : au sein d'une équipe diététique, chacune a une spécialité avec par exemple le suivi de l'état nutritionnel des personnes âgées.

- Une Aide-soignante ou Agent de service Hospitalier de chaque service : en charge du service des repas, et éventuellement du dérochage.

Pour mener un projet d'accompagnement à la réduction du gaspillage alimentaire il y a deux entrées possibles directement auprès de l'hôpital dans le cas d'un prestataire, ou via le syndicat mixte de restauration collective.

LE SYNDICAT

Si c'est à sa demande :

1/ S'assurer que l'hopital est informé notamment sur les échelons de directions et des chefs de services.

Il pourra être nécessaire qu'une décision soit prise en conseil syndical, attention : cela nécessite une anticipation conséquente.

Une rencontre peut être conduite par la cuisine centrale, afin de lancer la démarche.

2/ s'assurer que le Syndicat fasse le lien entre l'accompagnateur et les personnels de l'hôpital au moment du démarrage de l'accompagnement

La démarche vient de l'hôpital

La liaison devra se faire dans le sens inverse de ce qui est évoqué ci-dessus, mais restera nécessaire.

Attention : l'hôpital devra veiller en plus d'informer le syndicat, de bien diffuser l'information auprès de ses personnels.

UN PRESTATAIRE

L'hôpital devra s'assurer que le prestataire est près à s'engager dans une telle démarche en définissant les contours de son implication.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Le responsable plateforme «environnement et développement durable» a été le contact qui a créé du lien aus sein de l'hôpital. Il a ainsi permis la présentation des personnes ressources: référent de la cuisine relais, diététiciennes impliquées dans les pesées. il nous a permis surtout de se mettre en contact avec les responsables du département Logistique et Hôtellerie-Restauration.

b. Constituer un groupe de travail.

Rassembler les personnes ressources intéressées à participer au projet de réduction du gaspillage alimentaire au sein d'un groupe de travail qui se réunit régulièrement pour suivre l'avancée du projet.

En général, la Commission Restauration de l'hôpital ou du CLAN Communautaire peut être l'espace de travail opportun et ajouter un point à l'ordre du jour existant sur le gaspillage alimentaire. Ainsi, il n'y aura pas à organiser une réunion supplémentaire ce qui permet de mobiliser les personnes plus aisément.

Attention !

Les personnels hospitaliers sont très contraints, aussi l'accompagnateur doit le plus possible ajuster sa méthode d'accompagnement en tenant compte des schémas de fonctionnement des différentes entités.

La phase d'appropriation de l'organigramme fonctionnel sera cruciale.

c. Bien préciser dès le début les rôles de chacun.

- Qui assure le pilotage du projet ? Il est préférable pour une question d'appropriation que ce soit le centre hospitalier.

- Quel est le rôle de la structure d'accompagnement ? Vient-elle en appui à une procédure existante pour apporter des outils méthodologiques, et un regard extérieur.

- Ou bien est-elle également à l'initiative d'une nouvelle procédure ?

- Quelle fréquence prévoir pour les réunions de suivi ? un point mensuel semble convenir.

- Qui planifie les actions?

- Qui anime les actions?

- Qui enregistre le données?

- Qui interprète les données?

- Qui fait le bilan?

- Qui communique? et à qui?

d. Au sein de la structure d'accompagnement : quels sont les besoins humains ?

Une personne suffit pour cette 1ère phase de prise de contact et de mobilisation.

Cependant il est pertinent voire décisif d'associer un responsable hiérarchique à certaines rencontres clés, notamment auprès des responsables de département, pour bien faire comprendre le statut et le rôle de la structure d'accompagnement (CPIE ou autre structure) et faire valider les actions d'accompagnement entreprises.

Phasage : environ 1 mois.

La fréquence des réunions de commissions peut varier en fonction des établissements, il sera nécessaire de bien se renseigner dès le début de l'accompagnement sur leurs fréquences.

2. Etablir un diagnostic de fonctionnement de la chaine de restauration et des points de gaspillage

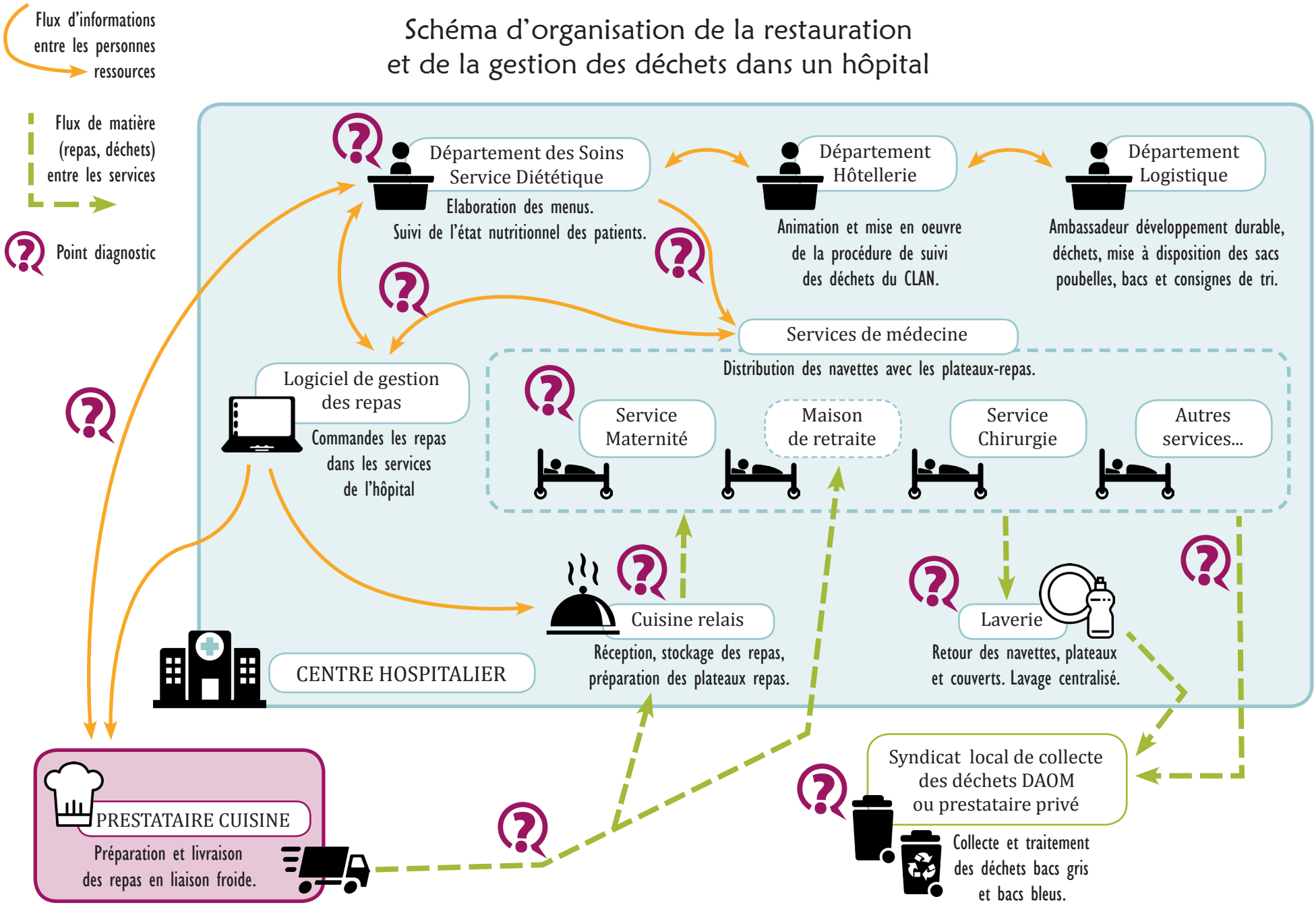
En s'appuyant sur le schéma présenté au I. A., il convient d'établir un diagnostic de fonctionnement de la chaine de restauration et des points de gaspillage du centre hospitalier d'après les échanges menées avec les personnes ressources, en tenant compte des contraintes de fonctionnement.

Cela permet d'avoir une vision d'ensemble de la chaine de restauration et de voir dans quelle mesure le fonctionnement de la restauration de l'hôpital correspond au schéma présenté au IA.

Enquête - questions types à poser aux personnes ressources : quelle est leur fonction précise ? Quel est leur lien, les échanges avec d'autres personnes ressources ? Quel est leur point de vue sur le fonctionnement de la chaine de restauration et les points de gaspillage ?

Les causes de ces points de gaspillage permettent de déterminer les leviers d'actions à mettre en œuvre pour réduire le gaspillage alimentaire.

Schéma d'organisation de la restauration et de la gestion des déchets dans un hôpital



ELABORATION DES MENUS

Les menus proposés sont-ils attractifs, équilibrés et adaptés aux besoins nutritionnels des patients/résidents ? surtout pour les régimes spéciaux et textures modifiées ?

Optimiser le fonctionnement de la Commission Menus, les échanges entre le service diététique de l'hôpital et le fournisseur.

Élargir ponctuellement la Commission Menus aux patients/résidents et aux professionnels de santé.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Pas la peine de prévoir des plateaux repas en plus dans chaque service... le « au cas où il en manquerait » est générateur de gaspillage.

Une solution peut être de prévoir des en-cas à DLC longue pour permettre d'offrir de quoi manger (conserve de salade de thon, compote individuelle, biscuit par exemple).

COMMANDES

Le nombre de patients/résidents est-il estimé au plus juste ?

Le nombre de repas commandés correspond-il aux besoins le jour J ?

Ajuster finement les commandes et les quantités préparées grâce aux fonctionnalités du logiciel de gestion des commandes. Ce qui implique :

- une connaissance des besoins des patients/résidents par le personnel de service AS et ASH.

- des formations du personnel de service à l'ajustement des commandes de repas sur le logiciel (1/2 portions, sorties anticipées de patients, etc)

Attention !

C'est la difficulté dans un hôpital avec un nombre et des profils alimentaire de patients variables. En maison de retraite le nombre de résidents est plus stable.

CUISINE du fournisseur

Les ingrédients cuisinés sont-ils des produits de qualité ? (frais, locaux, saison, bio ...)

Sont-ils bien cuisinés ? (cuisson, assaisonnement, recettes...)

Choisir si possible des produits bio, locaux, dans une démarche de circuits courts et de proximité.

Il est important de faire un point régulier avec le fournisseur, et même si possible de lui proposer des recettes adaptées aux patients et résidents (textures modifiées notamment), et de les réajuster selon les retours.

CUISINE RELAIS de l'hôpital

Y a t-il des surplus, des plats NON SERVIS ? Si oui sont-ils réutilisés (self du personnel, autre repas) jetés, renvoyés au fournisseur ?

La cuisine relais a un rôle « tampon » et peut gérer les surplus (ajustements de dernière minute ou envoyés vers le self du personnel).

SERVICE

Le personnel de service est-il en contact avec les patients / résidents ?

Les portions sont-elles adaptées à l'appétit des patients / résidents ?

Dans les services où le personnel est en contact régulier avec les patients, ex. EHPAD, il y a possibilité de réduire les portions, viande, accompagnement, fruit, dessert selon les goûts et l'appétit des résidents.

Lorsque le service à l'assiette se fait dans une cuisine relais cet ajustement n'est pas faisable.

Dans les services le personnel ne peut pas adapter les portions du plateau une fois servi, mais peut fractionner le repas pour certains patients qui mangent en petites quantités.

CONSOMMATION

Présentation : les plats proposés sont-ils attractifs ?

La présentation en assiette est plus attractive qu'en barquettes mais cela n'est pas forcément possible surtout pour les entrées, portions de fromage et certains desserts (ex. part de gâteau).

Le temps du repas est-il suffisant pour une consommation dans de bonnes conditions ?

Le personnel a t-il le temps d'accompagner les patients / résidents pour les installer dans de bonnes positions, leur rapprocher leur plateau et les aider à manger si besoin, les inciter à goûter les plats ?

Attention !

Le repas est un soin, d'autant plus dans un hôpital, et pour autant le temps du repas n'est pas toujours satisfaisant, ni pour le personnel ni pour les patients.

Y a-t-il beaucoup de « Restes Assiettes » en fin de service ?

Pour quantifier les Restes.

Y a –t-il beaucoup de pain jeté ?

Faire des essais, modifier la taille des pains individuels ou le nombre de tranches distribuées.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Le poids des pains individuels est passé de 60 à 40 g en demandant à leur fournisseur boulanger de modifier le grammage et cela a donné satisfaction.

GLOBAL

Y a-t-il une bonne communication entre les différents maillons de la chaine de restauration ?

Améliorer les échanges formels (réunions) voire informels y compris avec le fournisseur, pour être réactif sur le réajustement des commandes, des recettes et l'adaptation aux profils des patients/résidents.

Comment mieux connaître les patients/résidents, les sensibiliser ?

Sensibilisation les patients/résidents aux enjeux de l'alimentation et du gaspillage alimentaire, et présentation du fournisseur des repas :

- panneaux exposition ;
- informations dans le livret d'accueil de l'hôpital ;
- informations sur un set de table…

Enquête satisfaction pour demander un retour afin d'améliorer le service.

Les professionnels liés à la restauration ont-ils tous le même regard sur l'alimentation ? le même langage ?

Sensibilisation du personnel aux enjeux de l'alimentation et du gaspillage alimentaire, et du tri des déchets :

Panneaux exposition…

Présentation du fournisseur des repas :

Formation, visite des cuisines…

Enquête satisfaction pour demander un retour afin d'améliorer le service.

Repréciser les termes employés notamment pour les régimes spéciaux, pour éviter les problèmes de communication entre métiers différents.

3. Etablir un état initial du gaspillage alimentaire

a. Outils de mesure du gaspillage alimentaire.

Mettre en place des campagnes de comptage et de pesées des déchets alimentaires (Non Servi et Restes Assiettes) permet de quantifier précisément et de suivre l'évolution d'un gaspillage alimentaire parfois estimé selon les impressions du personnel.

Pour le « Non Servi »

Il s'agit :

- de nourriture qui reste en bout de chaine plateaux en cuisine relais et correspond à un surplus de livraison ou à un défaut d'ajustement des commandes de repas sur les derniers jours.

- de plateaux non servis / non touchés dans les services, il y a plusieurs raisons à cela (**identifiées par le centre hospitalier de Saintonge, (voir Guide des bonnes pratiques …**) :

  SORTIE : le patient est sorti avant l'heure du repas ;

  AJ : le patient a été mis à jeun après la fabrication des plateaux repas ;

  NP : Le patient est non présent lors de la distribution des repas ;

  REFUS : Le patient a refusé son plateau (perte d'appétit, dégoût, …) ;

  CH PROFIL : Le patient a changé de profil alimentaire suite à la visite du médecin et le plateau ne correspond plus.

Les restes en bout de chaine plateau en cuisine relais peuvent être comptés pour les aliments à l'unité et pesés pour les plats.

Les plateaux non servis peuvent être comptabilisés (en nombre de plateaux et non pas en poids de déchets alimentaires) par le personnel de service au moment du dérochage pour faire un suivi. Dans l'idéal un suivi au réel sur l'année est plus précis que des campagnes de comptage ponctuelles (selon les moyens humains disponibles).

Pour les « Restes Assiettes »

Les pesées sont à réaliser au moment du dérochage, dans les services ou de manière centralisée, sur au moins 3 repas de suite, idéalement sur une semaine, midi et soir.

Les objectifs peuvent être multiples :

- Mesurer la quantité de biodéchets produits sur une journée par les services de l'hôpital, pour estimer la production annuelle.

- Sécuriser les circuits avec les contraintes envisagées, de locaux et de fonctionnement.

- Trier les biodéchets et les valoriser à terme.

HÔPITAL DE SAINTONGE

Le suivi réel du nombre de plateaux non servis est assuré par le personnel ASH. Cela permet d'avoir une quantification précise sur l'année et non pas estimée à partir d'une mesure ponctuelle sur quelques jours. Suite à la mise en œuvre d'actions au bout d'un mois, ce nombre a été divisé par deux.

Protocole de pesées

Selon ce sur quoi on veut agir, les restes alimentaires peuvent être pesés :

- Séparément selon les menus/régimes spéciaux et familles d'aliments (entrée, potage, viande, accompagnement, fromage, dessert) pour détailler et agir plus finement selon les régimes spéciaux ou les familles d'aliments.

- Globalement (tout mélangé), pour faire un suivi global du gaspillage alimentaire.

Moyens matériels nécessaires

- Un local adapté ou couloir qui ne gêne pas le fonctionnement habituel du service (dérochage, lavage de la vaisselle, passage de brancards, etc) ;

- Un chariot / une table de travail ;

- Une balance ;

- Des seaux et sacs poubelle étiquetés avec le nom des services, des familles d'aliments.

Moyens humains

Il est souhaitable qu'au moins 3 personnes participent aux campagnes de pesées pour une bonne fluidité et répartition des tâches.

- Pour des pesées globales centralisées il faut compter environ 1h à 1h30 pour plusieurs services (6 ou 7 services).

- Pour des pesées détaillées par familles d'aliments et régimes spéciaux dans les services il faut compter 1h à 1h30 par service, selon le nombre de plateaux (de 20 à 30 plateaux environ).

Chariot de pesée lors du dérochage dans les services
Hôpital de Lons-le-Saunier (2015)
© Justine Clavier

Communication

Une communication en amont est nécessaire pour prévenir le personnel hospitalier :

- de la réalisation des campagnes de pesées tel jour dans tel service ;

- des changements de pratiques éventuelles (dérochage centralisé et non pas dans les services) ;

- de la mobilisation d'un local spécifique ou couloir pour la réalisation des pesées.

Attention !

Bien anticiper ce type de pesées 1 à 2 mois avant, afin que l'information et la méthode des pesées puissent être communiquées dans tous les services.

Prévoir un nombre suffisant de personnes afin que ces pesées qui ont un caractère déterminant puissent avoir lieu dans les meilleures conditions.

OUTIL

TABLEAU DE PESEE

CLAVIER Justine, LAWSON Hervé, GAUDET Guillaume

Date de la pesée MIDI	Unité médicale	Quantité de nourriture non distribuée, mais jetée (en Kg)	Menu du Jour		

Quantités de nourriture jetées (en Kg)										Total Repas du MIDI (en Kg)
Entrées		Viandes / Poissons		Féculents / Légumes		Produits laitiers	Desserts	Soupe	Pain	
A. normale	A. modifiée	A. normale	A. modifiée	A. normale	A. modifiée					

Date de la pesée SOIR	Unité médicale	Quantité de nourriture non distribuée, mais jetée (en Kg)	Menu du Jour		

Quantités de nourriture jetées (en Kg)										Total Repas du SOIR (en Kg)
Entrées		Viandes / Poissons		Féculents / Légumes		Produits laitiers	Desserts	Soupe	Pain	
A. normale	A. modifiée	A. normale	A. modifiée	A. normale	A. modifiée					

Total JOURNEE (en Kg)										

Observations	Ratio kg/pers	Total non distribuées (en Kg)
MIDI : SOIR :		

OUTIL

SUIVI DES RESTES

Service:		Date MIDI		Nombre de personnes servies:		
	POIDS DEPART (en ml ou g)	POIDS RETOUR PLATS (en ml ou g)	POIDS RETOUR SEAUX (en ml ou g)	Total du poids retour (plats + seaux)	Pourcentage non consommé	Ce qui a été commandé (facultatif)
Pain						
			reste par pers, (pour X)			

Service:		DATE SOIR		Nombre de personnes servies:		
	POIDS DEPART (en ml ou g)	POIDS RETOUR PLATS (en ml ou g)	POIDS RETOUR SEAUX (en ml ou g)	Total du poids retour (plats + seaux)	Pourcentage non consommé	Ce qui a été commandé (facultatif)
Pain						
			reste par pers, (pour x)			

OUTIL

TABLEAU TRIMESTRIEL

RESULTATS DES PESEES ALIMENTAIRES TRIMESTRIELLES

Ce tableau décompose chaque part du menu et prend en compte les différentes préparations à textures modifiées et autres spécificités.

Menu	Date	Service	potage	entrée	entrée mixée	viande N	viande texture modifiée	accompagnement	purée	fromage / laitage	dessert N	desserts mixés	semoule au lait E	pain	**TOTAL**	**Moyenne des pertes pour les 3 repas**
	Date MIDI	Service:														
	DATE SOIR	Service:														
	DATE SOIR	Service:														
	Remarques															
	Conclusion															

b. Outils d'évaluation de la satisfaction par rapport à la qualité de la restauration.

Réaliser des enquêtes qualitatives auprès d'un échantillon de patients / résidents et du personnel de service / de cuisine permet d'avoir un retour de la qualité et de la satisfaction de la restauration au sein du centre hospitalier.

Pour que l'échantillon soit représentatif il est important d'interroger une trentaine personnes minimum pour chaque catégorie.

Ces outils de mesure quantitative et d'évaluation qualitative permettent d'établir un état initial. Ils sont également utilisés comme indicateurs de suivi et d'évaluation du gaspillage alimentaire et de l'efficacité des actions mises en œuvre afin de réduire le gaspillage alimentaire.

c. Quels moyens humains mobiliser au sein de la structure d'accompagnement ?

A cette phase de mesures et d'enquêtes qui représente une importante surcharge de travail pour le personnel il est utile d'associer des collègues de la structure d'accompagnement en renfort.

- 2 à 3 personnes selon le personnel hospitalier mobilisé et le nombre de services.
- 1 à 2 personnes pour la réalisation des enquêtes de satisfaction.

Phasage : un délai de 2 à 3 mois est nécessaire pour établir l'état initial par campagnes de pesées et réalisation d'enquêtes satisfaction.

4. Définir les leviers d'actions prioritaires et les objectifs

Afin de réduire le gaspillage alimentaire et améliorer la prestation de restauration/service des repas il est possible d'agir à différents niveaux de la chaine de restauration, identifiés dans le diagnostic :

- changement de pratiques par des formations du personnel pour l'ajustement des commandes ;
- changement de pratiques par des formations du personnel sur la sensibilisation aux enjeux de l'alimentation et du gaspillage alimentaire et de la gestion des déchets ;
- meilleure communication entre les différents maillons de la chaine de restauration,
- etc.

Les actions à mettre en oeuvre prioritairement sont identifiées et décidées au sein du CLAN avec les moyens nécessaires à leur réalisation.

Selon les enjeux du centre hospitalier, les plus gros points de gaspillage identifiés et les moyens disponibles (gaspillage plus important, facilité de mise en œuvre des actions, réorganisation du personnel en cours, etc) .

Définition d'objectifs :

Il parait réaliste de fixer comme objectif quantitatif une baisse de 10 à 20 % de déchets alimentaires entre deux campagnes de pesées.

Phasage : un délai de 2 mois est nécessaire à la mise en œuvre d'actions avant une 1ère évaluation.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

L'hôpital a pu réduire de 20 % son gaspillage.

Les dernières évolutions laissent à penser à une réduction supplémentaire de 10 à 20%.

5. Suivi et évaluation de l'efficacité des actions mises en oeuvre

Afin de mesurer l'évolution du gaspillage alimentaire et l'efficacité des mesures mises en œuvre, le même protocole de mesure et d'enquête est appliqué pour renouveler les campagnes de pesées et enquêtes de satisfaction.

Phasage : 1 à 2 mois peuvent suffire.

6. Communiquer sur les résultats des campagnes de pesées et les enquêtes satisfaction

Remercier le personnel hospitalier impliqué pour leur participation, les changements de pratiques, les bonnes volontés, etc.

Informer le personnel des résultats pour maintenir la dynamique.

Si des économies ont été réalisées, décrire à quoi elles vont servir.

B. Solutions de valorisation des restes alimentaires

Depuis le 1er janvier 2016, la réglementation sur les gros producteurs de biodéchets (> 10 T/an) exige un tri sélectif et une valorisation des biodéchets produits.

1. Tri sélectif des restes alimentaires

Le tri sélectif des déchets recyclables (barquettes plastiques, etc) dans la pratique est effectué ou non selon les hôpitaux, et au sein même d'un hôpital selon les services, car il dépend beaucoup de la bonne volonté des personnes. En effet tous les services ne respectent pas le tri sélectif et il n'est pas rare d'avoir des restes alimentaires, déchets papier et barquettes en plastique des plateaux repas qui sont jetés dans les bacs OM.

Si le territoire est en extension des consignes de tri alors il est nécessaire d'identifier également les points d'amélioration.

Le tri sélectif des restes alimentaires ajoute un niveau de complexité dans les pratiques du personnel en charge du dérochage des plateaux repas.

Au niveau du matériel et de la logistique cela nécessite une mise à disposition de sacs poubelles et de bacs spécifiques, et la mise en place de filière de ramassage de ces bacs 2 fois / jour.

Au niveau du personnel, les changements de pratique nécessitent une formation initiale, des affiches dans les services, de l'accompagnement par le responsable développement durable de l'hôpital, des rappels réguliers, et la bonne volonté du chacun.

Le tri sélectif des bio déchets complexifie encore le tri et nécessite une formation encore plus poussée avec des rappels réguliers pour éviter de retrouver des indésirables (erreurs de tri) dans les bacs de biodéchets.

Ainsi il est plus efficace de procéder à un dérochage et un tri des restes alimentaires centralisés pour gagner en efficacité sur la formation du personnel et sur la qualité du tri sélectif (diminuer les erreurs de tri).

2. Valorisation des restes alimentaires

Il existe plusieurs solutions de valorisation pour les gros gisements :

• **Un compost** dans des bacs peut se faire à petite échelle pour un hôpital composé d'une maison de retraite et un service de soins de suite par exemple ;

• **Un chalet de compostage** sur place (exemple à Nantes, Besançon…) mais le coût est élevé et il faut trouver une équipe motivée car surcharge de travail pour s'occuper du compost ;

• **Une plateforme de compostage**, solution compliquée à mettre en place en respectant toutes les normes. **Le mieux est de faire collecter les biodéchets et de les envoyer sur une plateforme de compostage existant dans le secteur géographique (rayon de 60 km environ, en fonction des potentiels du territore)** ;

• **Le compostage électro-mécanique**, va plus vite car il y a une cuve avec mélangeur, mais nécessite un gros investissement et il y a peu de retour d'expérience ;

• **La déshydratation** : diminue le volume et le poids des biodéchets, mais il faut quand même trouver une solution de valorisation :

Un pré-traitement des biodéchets par un déshydrateur permet de réduire le coût de collecte.

Un déshydrateur est un appareil qui extrait l'eau contenue dans les restes alimentaires et les fait passer de 75% à 3-4 % d'humidité. La matière perd sa cohérence et devient une poudre qui peut être stockée dans des bacs avant la collecte qui peut n'avoir lieu qu'une fois par mois ou une fois tous les deux mois, ce qui réduit très fortement les coûts de collecte. Ce pré-traitement permet de réduire de l'ordre de 80 % le poids et de 70 % le volume des biodéchets.

Ex. la Région Bourgogne-Franche-Comté a équipé les lycées de déshydrateurs.

• **La méthanisation** : nécessite un méthaniseur avec hygiénisation (indispensable pour traiter les déchets animaux également), en France il y a surtout de la méthanisation à la ferme, sans hygiénisation ;

• **La banque alimentaire** : des associations telles que les banques alimentaire pourraient récupérer les plats non servis mais il y a la problématique du maintien de la chaine du froid et des DLC. Dès lors que le plateau est servi en chambre, les plats ne peuvent pas être récupérés.

Confère le site du PNA pour des exemples.

Dans tous les cas il est intéressant de se regrouper avec d'autres gros producteurs de biodéchets (lycées, restaurants, hôpitaux) pour chercher des solutions collectives et / ou locales d'optimisation et de mutualisation de la collecte et de la valorisation des biodéchets.

C. Les points de vigilance et les écueils à éviter

D'après les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement du centre hospitalier de Lons.

 # Difficulté de reconnaissance auprès des décideurs et responsables des pôles logisitques et alimentation comme structure accompagnante. Le rôle de l'association : les responsables de l'hôpital ont mis du temps à comprendre la fonction d'accompagnateur malgré l'appui de la Cuisine Centrale de Lons.

 # Turn-over important au sein de l'hôpital (voir les organigrammes) au niveau des interlocuteurs, ce qui ne facilite pas la continuité dans le projet.

 # Turn-over important au niveau du personnel en charge du service des repas et du dérochage (le changement de personnel occasionne plus d'erreurs de tri).

 # Changements structurels n'aident pas à établir un diagnostic dans la mesure où le fonctionnement est en évolution / réorganisation.

 # Disponibilité très limitée des acteurs clés pour les échanges d'information, malgré les bonnes volontés, notamment pour approfondir les spécificités diététiques au niveau des menus adaptés.

 # Faible disponibilité du personnel et des acteurs clés pour les besoins du projet (échanges d'information, mise en œuvre d'actions), et pour assurer sa pérennité. En effet les campagnes de pesées constituent une surcharge de travail non négligeable (environ 1h en plus par repas sur plusieurs repas selon la durée de la campagne de pesées).

 # Pérennité de la procédure de suivi des restes alimentaires remise en question par le manque de moyens humains (de temps du personnel) pour réaliser les campagnes de pesées et difficulté de mobilisation du personnel sur le long terme.

Cette situation est certainement le reflet de la situation de nombreux centres hospitaliers publics en France avec une baisse générale des moyens humains et financiers.

D. Les facteurs de réussite d'un projet de réduction du gaspillage alimentaire

Les facteurs de réussite pour accompagner un projet de réduction du gaspillage alimentaire au sein d'un centre hospitalier sont les suivants :

 # Le projet doit être à l'initiative de l'hôpital.

Pour une meilleure appropriation du projet.

Cela peut être pour différentes raisons : coûts et économies à réaliser, gestion des déchets, optimisation logistique, mise aux normes par rapport à la réglementation pour les gros producteurs de biodéchets, réorganisation du personnel, réaménagement de locaux, etc.

 # Mobiliser un groupe de travail constitué des différents métiers/maillons de la chaine de restauration et de gestion des déchets.

Associer les décisionnaires: responsable du département Hôtellerie-restauration, responsable du département logistique, personnel de « terrain » au contact des patients/résidents lors du service des repas, en plus du personnel de cuisine et du service diététique.

Importance de leur motivation, bonne volonté et engagement sur la durée.

Identifier un référent gaspillage alimentaire dans chaque service.

 # Prise de conscicence écologique, les individus peuvent être enclins dans le champs personnel par exemple mais cela ne se retrouve pas nécessairement dans le champ professionnel, il sera nécessaire d'aborder cela et lever les dicotomies.

 # S'assurer que l'hôpital dispose des moyens nécessaires (techniques, humains, financiers) à la mise en œuvre d'actions de prévention du gaspillage et de tri sélectif des restes alimentaires.

 # Construire un programme d'intervention vers les patients/résidents et le personnel lié à la restauration pour :

- Redonner de la valeur aux aliments ;
- Valoriser le travail du personnel de cuisine ;
- Sensibiliser au gaspillage alimentaire ;
- Créer des dynamiques dans la structure.

Cela nécessite de prendre le temps de former le personnel, de sensibiliser les patients/résidents, et de s'appuyer sur une «équipe projet» motivée et pérenne au sein de l'hôpital pour maintenir la dynamique.

 # Inscrire le projet dans une dynamique territoriale plus large.

Notamment dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire ou d'un groupement d'hôpitaux sur le département pour la gestion des déchets.

Là encore, il sera nécessaire de bien identifier les fonctionnements locaux pour les mettre en synergie avec le fonctionnement territorial.

Pour autant, nous pouvons nous trouver avec des exceptions qui ne vont pas dans la logique globale du territoire du fait d'une problématique spécificque sur l'un des hôpitaux.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Le centre hospitalier de Lons est le seul site de la CHT Jura Sud à avoir un fournisseur extérieur et non pas une cuisine en interne.

 # Pérennisation du projet.

La continuité du programme d'actions sur le moyen et long terme est rendue possible par une évaluation régulière et une communication sur les résultats au fur et à mesure des avancées du projet.

 # Accompagnement par un professionnel extérieur (CPIE ou autre structure).

La structure d'accompagnement vient en appui à une démarche déjà engagée et apporte :

- Des outils méthodologiques ;

- Une vision extérieure ;

- Un effet levier par rapport à des habitudes de fonctionnement ou demandes internes non entendues.

HÔPITAL DE LONS-LE-SAUNIER

Les actions menées :

- Aménagement des locaux et renouvellement des équipements en laverie de la cuisine relais.

- Dérochage centralisé proche de la laverie afin d'optimiser le tri (consignes d'extension plastique, tri des fermenticibles...) et ainsi identifier plus finement le gaspillage au fil de l'eau afin d'agir en remontant la chaîne.

- Agir plus finement sur les commandes journalières afin de transmettre à la cuisine centrale des données réelles.

- Veiller au rôle d'interface de la cuisine relais, s'il y a trop de quantité faire remonter rapidement l'information à la cuisine centrale ou s'il y a trop de plateaux émis transmettre l'information dans les services.

Ressources Biblio pour aller plus loin

Guide des bonnes pratiques de lutte contre le gaspillage alimentaire à l'hôpital, en EHPAD, et en établissement d'accueil médicalisé.
Octobre 2017 - Centre Hospitalier de Saintonge

La réduction des déchets hospitaliers en pratique.
2012 - Groupe de travail du C2DS (Réseau Développement Durable et Santé)

Qualité des processus restauration-nutrition en établissement de santé, médico-social et HAD.
Référentiel d'évaluation - Juin 2013 - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Guide pratique « Comment réduire le gaspillage alimentaire au sein de sa restauration collective » éléments de méthodes et recueils de pratiques auprès des CPIE.
Décembre 2012 - Union Nationale des Centres Permanents d'Initiatives pour l'Environnement

Guide méthodologique « Réduire le GASPILLAGE ALIMENTAIRE en restauration collective ».
Octobre 2014 - MAAF / ADEME Basse-Normandie / CREPAN

Guide des bonnes pratiques concernant la gestion des bio-déchets en restauration.
Mai 2017 - ADEME

Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en retauration collective.
Rapport d'étude - Août 2016 - ADEME

Pertes et gaspillages alimentaires :
l'état des lieux et leur gestion par étapes de la chaîne alimentaire.
Rapport complet et synthèse - Mai 2016 - ADEME

Guide Méthodologique

Accompagnement d'un hôpital à la réduction du gaspillage alimentaire

À travers l'expérience de l'accompagnement
du centre hospitalier de Lons-le-Saunier
en restauration externalisée.

Opération réalisée avec le concours financier du Ministère de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la forêt.