

Gâchis alimentaire et dénutrition, un défi majeur en établissements de santé

Respirer, boire et manger sont des besoins essentiels non garantis. Mais le gaspillage est aussi une réalité que la restauration collective doit confronter aux problématiques de carence nutritionnelle. C'est un défi majeur pour les établissements sanitaires et sociaux.



Il faut adapter les volumes alimentaires et la densité nutritionnelle



À noter

Plusieurs établissements de santé accompagnés par ec6 conduisent des projets ambitieux et novateurs : CHU de Grenoble, CH de Montceau-les-Mines, CH de Saint-Denis, Adapei de la Loire, CH de Moulins-Yzeure...

L'humanité est confrontée à une double problématique d'accès pour tous à un environnement sain et à des aliments adaptés. L'accès aux nutriments sur toute la planète est mal engagé : le trop (obésité) ou le manque (dénutrition, famine) sont autant de signes d'alerte. L'être humain génère chaque année 1,3 milliard de tonnes de déchets, dont près de la moitié sont des déchets organiques. Ce qui est vrai au niveau de l'humanité l'est également pour la restauration collective !

Le gâchis alimentaire et la dénutrition, c'est un constat de double échec en restauration collective sanitaire et sociale. Le bilan est médiocre, la restauration collective s'est standardisée, générant des résultats sans appel.

4 indicateurs valident les carences du système actuel :

- Entre **3 et 10 %** des **repas préparés** atteignent la limite de la **DLC sans être distribués**
- **37 %** des **aliments servis** aux patients et résidents **ne sont pas consommés**
- **50 %** des **adultes et enfants hospitalisés perdent significativement du poids** lors de leur **séjour hospitalier**
- **64 %** des **personnes âgées** en institution présentent un **statut nutritionnel défavorable**

Sources : Groupe ec6 - MeaH - Pr B. Lesourd - Dr Zazzo, MeaH

Identifier les causes et inverser la tendance

Depuis 2006, le Groupe ec6 étudie la corrélation entre gâchis alimentaire et performance de la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents. Le programme national de R&D RENESSENS, piloté par ec6, valide la cause de la dénutrition nosocomiale (voir schéma 1 ci-contre). Que faire pour inverser la tendance ? Il faut adapter les volumes alimentaires et la densité nutritionnelle. La source principale

de gâchis est liée à une offre de volume alimentaire excessif, les personnes âgées, personnes handicapées et patients pouvant présenter des troubles alimentaires majeurs réduisant leur capacité d'ingestion de 30 à 50 %.

Il faut donc réduire les volumes et densifier les apports en calories, en protéines et en calcium. Ces nutriments doivent être apportés par l'alimentation, le recours à une alimentation artificielle doit être géré en tant que ressource ultime (en respect des préconisations HAS). Cette démarche réduit le gaspillage alimentaire et favorise une couverture nutritionnelle efficiente.



© Monkey Business - Fotolia.com

Audit et conduite de projet

La conduite de projet vers un équilibre nutrition/gâchis vertueux passe par l'audit de la performance nutritionnelle de son établissement. Le projet doit aboutir à la mise en œuvre d'un plan d'actions remettant à plat toute l'organisation. Un diagnostic initial précis est conduit à l'aide d'indicateurs et de cartographies (voir schéma 2 ci-contre). Les résultats croisés permettent de mesurer points forts et limites de l'offre alimentaire et le gâchis.

➤ **étape 1. Cartographier l'ensemble des bonnes pratiques de la chaîne alimentaire**
Utiliser les outils d'auto-évaluation MeaH (disponibles sur www.anap.fr).

➤ **étape 2. Cartographier les consommateurs dans chaque service et unité**

Identifier précisément les profils des patients et résidents afin de relever les paramètres en lien avec la PEC nutritionnelle (durée moyenne de séjour, type d'hospitalisation (HDJ/HDS...), type de prise en

charge (MCO/SSR/SLD), moyenne d'âge, sexes, poids, IMC, albuminémie...

➤ étape 3. Cartographier l'offre alimentaire

Mettre au point une étude détaillée de la structure de l'offre alimentaire : plans alimentaires (nombre, segmentation, durée, référence), textures, régimes, exigences de couvertures nutritionnelles (kcal, protéines, calcium), grammages (valeur nutritionnelle induite par les grammages).



© ec6

L'avis des 2 experts du CH de Moulins-Yzeure

➔ **Thierry Montourcy, ingénieur restauration et logistique, et Valentin Nitu, président du CLAN**

Le cuisinier hospitalier doit désormais raisonner en « apports nutritionnels » et non plus en « grammages ».

La lutte contre le gaspillage doit prioritairement s'inscrire dans une dynamique de réduction du gisement. Il convient de mesurer tout d'abord la capacité d'ingestion de nos patients, résidents afin de déterminer le volume potentiel d'aliments pouvant être proposés. Les consommateurs en milieu hospitalier et d'autant plus en institution gériatrique sont majoritairement âgés et témoignent d'une capacité d'ingestion réduite. Le cuisinier en collaboration étroite avec les diététiciennes doit « construire des menus » capables de satisfaire aux apports nutritionnels nécessaires, ceci dans un contexte contraint quant aux grammages proposés. Garantir un apport nutritionnel suffisant quels que soient le profil du patient et sa capacité d'ingestion : il s'agit là d'un enjeu de santé publique majeur qui inscrit bien le cuisinier et la diététicienne dans la dynamique de prise en charge du patient, du résident. La formule « le repas est un soin » prend alors tout son sens.



Schéma 1

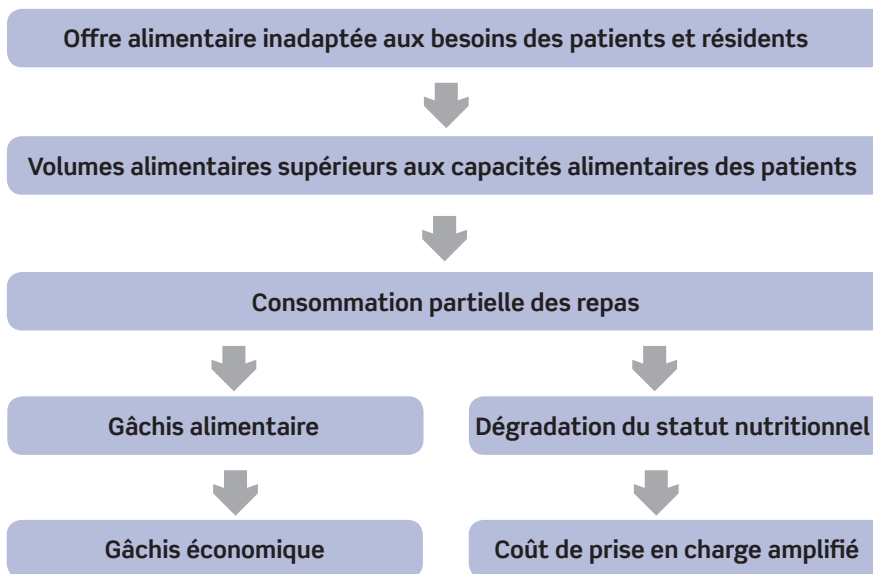


Schéma 2

Indicateurs ec6 support à l'étude

INDo4	Respect du plan d'alimentaire
INDo5	Respect des procédures de commande
INDo6	Répartition des IMC des patients et résidents
INDo6 M	Répartition des albuminémies des patients et résidents
INDo6 S	Répartition des courbes de poids des patients et résidents
INDo8	Mesure de la consommation alimentaire moyenne des patients et résidents
INDo9	Mesure des volumes alimentaires jetés
IND10	Amplitude du jeûne nocturne
IND11	Cohérence des écarts entre les repas sur la journée et du temps laissé à la consommation

➤ étape 4. Cartographier le gâchis alimentaire

- Évaluer le gâchis alimentaire sous forme de pesée de déchets détaillée : entrée, plat protidique, plat accompagnement, produit laitier, dessert.
- Conduire les pesées aux différents stades de la chaîne alimentaire :
 - ➔ Plats fabriqués et non distribués (gâchis cuisine centrale)
 - ➔ Aliments proposés aux résidents et non consommés (gâchis distribution résidents)
 - ➔ Aliments proposés aux personnels et non consommés (gâchis distribution personnels)
- Valoriser les niveaux de gâchis par source nutritionnelle (kcal, protéines, calcium) et en termes de coûts.

➤ étape 5. Croiser les données recueillies, diagnostiquer et agir

Le croisement des données permet d'identifier précisément les organisations et les offres alimentaires inadaptées. Ce projet, réalisé dans un cadre collectif sous l'égide du CLAN, doit se poursuivre par la remise à plat de la politique alimentaire et nutritionnelle de l'établissement.

Les solutions pour aboutir à une réduction des déchets et un recul de la dénutrition doivent être fortes et ambitieuses. Il est souvent nécessaire de remettre en cause les approches « standards » actuelles pour atteindre les objectifs. ●

Pour plus d'information contact@ec6.fr