



EHESP

DESSMS

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Concilier l'amélioration de la qualité
alimentaire et la performance
économique : une gageure**

Le cas de l'EHPAD/EHPA de Fronton (31)

Hélène BOUCHILLOUX

Remerciements

Ce mémoire est, pour moi, une sorte de point d'orgue au parcours de formation, riche d'enseignements, d'observations, d'échanges et de rencontres, qui s'est déroulé ces deux dernières années. J'ai pu le mener à son terme, grâce à toutes les personnes que je souhaite remercier ici.

Tout d'abord, Eric Ponce, directeur des EHPAD de Fronton et Villemur, qui m'a accueillie sans hésitation aucune en stage de professionnalisation, qui m'a fait confiance et a partagé sans réserve avec moi son quotidien, son savoir-faire, ses convictions et ses interrogations de directeur ainsi que son réseau professionnel, jusqu'à son départ, vers d'autres horizons professionnels, je lui souhaite toute la réussite qu'il mérite !

J'adresse toute ma gratitude à Marie-France Pujol, attachée d'administration hospitalière à l'EHPAD de Fronton, qui a assumé, pendant la seconde moitié de mon stage, l'intérim de direction des trois établissements de Fronton et Villemur, tout en me consacrant du temps et en me faisant partager son expérience ; sans elle, je n'aurais pu ancrer la thématique de ce mémoire, dans la réalité du « terrain ».

Je tiens à remercier tous les professionnels des EHPAD de Fronton et Villemur, et plus particulièrement Christèle Delrieu, infirmière référente, Isabelle Duffar, diététicienne, Daniel Carrié, chef cuisinier, Jean-Marc Vidal, médecin coordonnateur et Xavier Badets, qualitatif, qui m'ont accueillie, ont collaboré aux missions que j'ai menées et ont partagé avec moi leur temps et leurs réflexions, souvent enthousiastes et engagés.

Je salue également l'engagement de Didier Carles, directeur de l'EHPAD de Grenade/Cadours, qui a accepté de prendre le relais, en tant que maître de stage, et m'a cooptée au sein de la « grande famille » des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées.

Enfin, je ne remercierai jamais assez mes proches – ils se reconnaîtront – pour m'avoir apporté, en dépit des contraintes et des risques, leur soutien indéfectible à ce projet un peu fou de reconversion professionnelle et aussi... pour leur relecture attentive de ce mémoire.

*A l'être cher, disparu beaucoup trop tôt,
pour qui je ne cesserai de regarder toujours plus loin.*

Sommaire

Introduction	1
1 La qualité alimentaire : un concept complexe répondant à un enjeu fondamental en EHPAD.....	5
1.1 L'alimentation : un acte essentiel de la vie quotidienne	5
1.1.1 Les différentes fonctions de l'acte alimentaire	5
1.1.2 La place essentielle du repas dans l'identité culturelle française	8
1.2 L'alimentation : un facteur essentiel de préservation de la santé des personnes âgées.....	10
1.2.1 L'acte alimentaire : un acte vital affecté par le vieillissement.....	11
1.2.2 La dénutrition : un risque important en EHPAD	13
1.3 La qualité alimentaire : un concept complexe à définir	16
1.3.1 Une qualité soumise à de multiples facteurs	17
1.3.2 La qualité en EHPAD, objet de nombreuses recommandations, potentiellement génératrices de surcoûts.....	19
2 Analyse de la qualité de la restauration et des dépenses afférentes à l'EHPAD/EHPA de Fronton	23
2.1 Présentation de l'établissement de Fronton.....	23
2.1.1 L'organisation des services impliqués dans la prestation alimentaire	23
2.1.2 La méthodologie de diagnostic.....	25
2.2 Les principaux axes de la qualité alimentaire développés à l'EHPAD/EHPA de Fronton	28
2.2.1 L'alimentation, une dimension à part entière de la prise en soin et du projet personnalisé d'accompagnement.....	28
2.2.2 Une réelle volonté d'amélioration permanente de la qualité	30
2.2.3 Des défauts de qualité persistants et des freins à surmonter.....	33
2.3 Des coûts liés à l'alimentation à maîtriser.....	35
2.3.1 Les enseignements de l'analyse des surcoûts	35
2.3.2 Les points faibles de l'organisation.....	38

2.3.3	Des constats à « méditer »	39
3	Une amélioration de l'alimentation à poursuivre en maîtrisant les coûts	43
3.1	Les pistes d'amélioration de l'offre alimentaire sans surcoût.....	43
3.1.1	Une meilleure prise en compte des attentes des résidents	43
3.1.2	L'élargissement des choix possibles	45
3.2	Définition d'une politique d'approvisionnement en produits frais de saison en local.....	48
3.2.1	L'intérêt d'un approvisionnement en produits frais en local	48
3.2.2	Des difficultés de mise en œuvre prévisibles et des freins à lever	50
3.3	La nécessaire optimisation des coûts pour dégager de nouvelles marges de manœuvre	53
3.3.1	Un renforcement du suivi des dépenses et des procédures d'achat	53
3.3.2	Une organisation plus efficiente	55
	Conclusion	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent de Service Hospitalier
BPH	Bonnes Pratiques d'Hygiène
CNA	Centre National de l'Alimentation
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
EHPA	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
GCSMS	Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GESPA31	Groupement d'Etablissements et Services pour Personnes Agées de Haute-Garonne
GEM-RNC	Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et Nutrition
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
OPQ	Ouvrier Professionnel Qualifié
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PMS	Plan de Maîtrise Sanitaire
PNA	Programme National pour l'Alimentation
PNNS	Programme National Nutrition Santé
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
TIAC	Toxi-Infection Alimentaire Collective

« Le plaisir de la table est de tous les goûts, de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours ; il peut s'associer à tous les autres plaisirs et reste le dernier, pour nous consoler de leur perte. »

Jean-Anthelme Brillat-Savarin
Physiologie du goût, 1825

Introduction

Le directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social et plus particulièrement d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est aujourd'hui fréquemment soumis à une double injonction qu'on pourrait qualifier de paradoxale. Il est tenu d'améliorer la qualité du service rendu à une population dont la prise en charge est de plus en plus « lourde », à moyens constants, ce qui signifie, en réalité, avec des moyens restreints par rapport à ceux de l'année précédente.

Pour la future directrice que je suis, l'exigence qualitative n'est pas discutable ! Il va de soi que l'établissement doit à ses usagers le meilleur niveau de qualité de service possible, tant au plan de la prise en soin, qu'à celui de la qualité de vie et en particulier de la qualité des repas. La difficulté de gestion induite par la raréfaction des moyens financiers alloués par la collectivité ne peut être un motif de révision de la qualité à la baisse ou de maintien d'un niveau de qualité moyen. En revanche, elle impose de rechercher toutes les modalités d'optimisation de gestion potentielles et d'explorer toutes les pistes d'amélioration possibles du service à moindre coût.

Ces dernières années, la qualité et la sécurité de la prise en soin ont fait l'objet d'une vigilance accrue, et ont même pu être accompagnées d'une augmentation des moyens alloués, du fait de l'accroissement de la dépendance et de la charge en soin des personnes accueillies. Il n'en a pas toujours été de même pour les conditions d'hébergement, pourtant essentielles à la qualité de vie. Ainsi la qualité de la restauration a-t-elle, ici ou là, pu être considérée comme moins prioritaire que d'autres aspects.

Or l'entrée en institution est une renonciation aux habitudes de vie sociale antérieure. Elle est généralement la résultante d'une perte d'autonomie. Aussi, l'accompagnement proposé à la personne accueillie doit-il permettre de maintenir tous les facteurs de continuité possibles pour préserver son identité personnelle et culturelle, sa dignité physique et intellectuelle, son libre-arbitre dans les actes essentiels de la vie quotidienne, et ce, quel que soit son degré d'autonomie.

L'alimentation, acte primordial de la vie, est au cœur de cet enjeu.

En effet, comme le souligne la gériatre, nutritionniste, Monique Ferry, « *la nutrition peut influencer favorablement le vieillissement naturel, améliorer la qualité de vie et réduire l'incidence de certaines pathologies liées à l'âge* ». ¹ L'alimentation fait donc partie intégrante de la prise en soin des résidents et constitue un maillon essentiel de la qualité de vie, déjà mise à mal par la vie imposée en collectivité.

Par ailleurs, l'alimentation revêt une importance particulière pour chacun d'entre nous. Claude Fischler, sociologue, directeur de recherche au CNRS, l'exprime ainsi :

¹ M.Ferry E.Alix, 2007, *Nutrition de la personne âgée, 3^{ème} édition*, Masson, p16

« Manger, rien de plus vital, rien d'aussi intime.[...] En incorporant les aliments, nous les faisons donc accéder au comble de l'intériorité ».² La qualité de l'alimentation proposée en EHPAD doit donc impérativement répondre aux attentes des résidents, qu'elles soient exprimées ou non. A cet égard, il convient de ne pas ignorer que les personnes âgées se trouvent fréquemment dans des situations de vulnérabilité physique ou psychologique qui les dissuadent d'exprimer directement leurs attentes ou leur insatisfaction aux professionnels dont elles sont devenues dépendantes. A cela s'ajoute le fait qu'en institution, elles n'ont pas d'alternative au service de restauration de l'établissement, se trouvant ainsi dans une situation de consommateurs captifs.

Or, pour être « de qualité » la restauration proposée en EHPAD doit prendre en compte toutes sortes de dimensions : les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées voire très âgées, leur désir ou plaisir de manger qui s'évapore, les difficultés qu'elles rencontrent pour s'alimenter, le choix des menus, la qualité des denrées utilisées dans la production des repas, l'ensemble des contraintes sanitaires qui s'imposent dans la restauration collective, l'organisation du service et de l'aide à la prise alimentaire lorsqu'elle est nécessaire, la dimension sociale et conviviale des repas, etc. S'y rajoutent, bien évidemment les contraintes économiques qui posent nécessairement des limites aux moyens consacrés à cette dimension essentielle de la qualité de vie en institution.

La complexité de la tâche est à la hauteur de l'enjeu !

La première partie de ce mémoire est consacrée à cette question.

Contrairement à mon intention de départ, j'ai finalement pris le parti de centrer mon exposé « théorique » sur cette thématique de la qualité alimentaire, excluant dans un premier temps, la question de la performance économique, pourtant partie intégrante de la problématique de ce mémoire, et ce pour deux raisons principales.

En premier lieu, il m'a semblé que la performance économique n'était pas une fin en soi, mais plutôt une contrainte à prendre en considération, contrairement à la qualité alimentaire qui, elle, constitue une **véritable finalité à atteindre**. Il était donc prioritaire pour moi d'explorer cette thématique de la « qualité alimentaire dans les établissements médico-sociaux », au travers de l'analyse conceptuelle et sociologique qui la sous-tend, du cadre juridique dans lequel elle s'inscrit ainsi que du partage d'expériences qu'elle a pu susciter, afin de pouvoir disposer de clés de lecture et mettre en perspective la situation rencontrée sur le terrain.

La deuxième raison tient au constat de la « rareté » des écrits sur la question de l'amélioration de la performance économique dans le champ médico-social, ce qui a conforté mon choix de cibler davantage mon exposé « théorique » sur la qualité. Enfin il

² C.Fischler, 1990, *L'omnivore*, Odile Jacob, p1

convient de préciser que je n'ai trouvé qu'une seule source bibliographique liant ces deux thématiques entre elles.

La deuxième partie de ce mémoire aura vocation à analyser la problématique de l'EHPAD de Fronton – où j'ai effectué mon stage de professionnalisation – sur cette question de la qualité alimentaire et des surcoûts qu'elle peut générer.

Mais avant de poursuivre l'exposé du plan de ce mémoire, une présentation rapide de l'établissement me paraît nécessaire.

Située à Fronton, petite ville viticole de Haute-Garonne de près de 5600 habitants, à 38 kilomètres de Toulouse, la maison de retraite « Saint-Joseph » a été ouverte dans les années 60. Elle s'est agrandie en 1979, avec la création d'un foyer logement (devenu EHPA) de 64 appartements T1bis, partiellement médicalisé, pouvant accueillir jusqu'à 71 résidents. Transformée en EHPAD, la maison de retraite publique autonome a été restructurée et rénovée en 1997 et dispose aujourd'hui d'une capacité de 42 lits.

L'EHPAD « Saint-Joseph » accueille une population de personnes âgées, très majoritairement originaires du canton, de plus en plus dépendantes, la majorité relevant des Groupes Iso Ressources (GIR) 1 et 2. De fait, il ne compte plus actuellement aucun résident en GIR 5 ou 6. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'EHPAD s'établit au niveau élevé de 800. Le GMP du foyer logement, quant à lui, est juste à la limite des 300 autorisés pour ce type de structure. Le Pathos Moyen Pondéré (PMP), qui permet d'évaluer la charge en soin de l'ensemble de la population accueillie, a été validé fin 2013 par le médecin de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi-Pyrénées, au niveau, particulièrement élevé pour un EHPAD, de 265. La hausse conséquente constatée en 5 ans – le PMP antérieurement validé se situant à 199 – reflète bien l'évolution du public accueilli.

L'établissement a su diversifier ses modes de prise en charge en ouvrant en 2011 un Pôle d'Activités Spécialisées et Adaptées (PASA) d'une capacité de 14 places, labellisé en 2013. Cet « outil » intéressant pour prévenir la dégradation des capacités cognitives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés est mis à disposition tant des résidents de l'EHPAD que de ceux du foyer logement, ce qui est un avantage indéniable pour ce type de structure qui dispose très rarement d'un PASA.

L'effectif salarié de l'établissement est de 74,5 Equivalents Temps Plein (ETP) pour les deux structures EHPAD / EHPA. Son taux d'encadrement en soin se situe dans la moyenne haute des établissements comparables du département.

Un même directeur assure la direction commune de l'établissement de Fronton et de l'EHPAD Saint-Jacques situé à 11 kilomètres à Villemur sur Tarn, doté d'une capacité d'accueil de 90 lits et d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 90 places ainsi que d'un foyer logement de 41 appartements géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Villemur sur Tarn.

Revenons-en maintenant à la problématique de l'établissement. La qualité alimentaire s'est trouvée questionnée en fin d'année 2013, par l'augmentation supérieure à 16% du budget alimentation, constatée entre 2012 et 2013. L'analyse des causes de cette augmentation ne pouvait se faire sans une mise en perspective des améliorations récentes apportées à la qualité nutritionnelle des repas, mises en œuvre notamment dans le cadre de la lutte contre la dénutrition.

Cette problématique s'est immédiatement révélée pour moi, une piste de réflexion particulièrement intéressante à explorer même si elle n'était pas en lien avec les missions qui m'avaient été confiées. Elle soulevait notamment les questions suivantes :

- Quelle est l'origine réelle (ou quelles sont les origines) de l'augmentation des dépenses alimentaires de l'établissement constatée entre 2012 et 2013 ?

- Les actions d'amélioration de la qualité alimentaire et nutritionnelle engagées par la diététicienne, recrutée à temps partagé sur l'établissement depuis mi 2012, participent-elles de cette augmentation des coûts ?

- Ces actions d'amélioration se reflètent-elles dans la qualité des repas perçue par les résidents d'une part, et dans la prévention de la dénutrition au sein de l'établissement d'autre part ?

Ces questions seront traitées dans la deuxième partie de ce mémoire, consacrée au diagnostic de la situation de l'EHPAD en regard de la qualité alimentaire ainsi qu'à l'analyse de l'origine des surcoûts observés.

Enfin, dans une troisième partie, dédiée aux préconisations de pistes d'actions, j'essaierai de répondre aux questions suivantes :

- Comment enrayer cette évolution des dépenses, susceptible de déséquilibrer la situation budgétaire déjà tendue de l'établissement, celui-ci ne disposant d'aucune marge de manœuvre pour augmenter ses tarifs d'hébergement ?

- Quelles autres pistes d'amélioration de la qualité alimentaire peuvent être envisagées et mises en œuvre sans générer de surcoût supplémentaire ?

1 La qualité alimentaire : un concept complexe répondant à un enjeu fondamental en EHPAD

Cette première partie vise à appréhender les différentes fonctions remplies par l'acte alimentaire et la place particulière du repas en France (1.1) et à comprendre en quoi l'alimentation est un facteur important de préservation de la santé des personnes âgées (1.2) avant de tenter de définir ce concept complexe qu'est la qualité alimentaire en EHPAD (1.3).

1.1 L'alimentation : un acte essentiel de la vie quotidienne

Au-delà de sa dimension strictement fonctionnelle de satisfaction d'un besoin primaire situé à la base de la pyramide de Maslow³, l'acte alimentaire remplit différentes fonctions : identitaire, symbolique et hédonique, essentielles à la qualité de vie (1.1.1). De plus, le repas tient une place particulière dans l'identité culturelle française et dans le quotidien en EHPAD (1.1.2).

1.1.1 Les différentes fonctions de l'acte alimentaire

Sans ambitionner d'explorer ici toutes les dimensions de l'acte alimentaire, il convient d'en repérer les fonctions essentielles : identitaire (A), symbolique (B) et hédonique (C).

A) La fonction identitaire de l'acte alimentaire

Au-delà de sa fonction vitale, l'acte alimentaire, qui est l'un des tous premiers actes de la vie, contribue à construire l'identité de chacun.

« L'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence. Les dimensions de l'identité sont intimement mêlées : individuelle (sentiment d'être unique), groupale (sentiment d'appartenir à un groupe) et culturelle (sentiment d'avoir une culture d'appartenance). »⁴

La conscience de notre propre identité est une donnée première de notre rapport à l'existence et au monde. Elle résulte d'un processus complexe qui intrique la relation à soi et la relation à autrui. C'est un phénomène dynamique qui évolue tout au long de la vie. L'alimentation y joue un rôle important dès l'enfance, les codes alimentaires faisant partie intégrante de l'éducation.

³ A.Maslow, 1943, "A Theory of Human Motivation", *Psychological Review*, n° 50

⁴ A.Mucchielli, 2003, *L'identité*, 6^{ème} édition, Que sais-je ?, PUF, p5

« *Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es !* » Au-delà de l'aphorisme, J.A. Brillat-Savarin estimait déjà en 1825 que l'alimentation était essentielle dans la constitution de soi et obéissait à une dialectique subtile entre identité individuelle et identité collective. Pour le célèbre gastronome, les traditions et les habitudes culinaires de chacun sont toujours inscrites dans une dimension plus large, qu'elle soit historique, spatiale, culturelle sociale ou familiale.

L'anthropologue Claude Lévi Strauss pointe également l'importance des modes alimentaires dans l'identité collective : « *La façon dont chacun mange est, de tous les comportements, celui que les hommes choisissent le plus volontiers pour affirmer leur originalité en face d'autrui* »⁵

Si on se définit soi-même par son alimentation, le même processus permet de définir l'autre, l'étranger qui mange différemment de soi. Les Français, ne sont-ils pas, pour les Anglais, des « *mangeurs de grenouilles* » ? Annie Hubert, anthropologue, Directrice de recherche au CNRS, développe cette conception identitaire de l'alimentation. Selon elle, dans chaque société les représentations de ce qui est bon ou mauvais, comestible ou pas, les règles alimentaires, les prescriptions, la relation à l'environnement et son exploitation, sont générés et gérés par la culture.

A cette fonction identitaire de l'alimentation, s'ajoute une fonction symbolique.

B) La fonction symbolique de l'acte alimentaire : le principe d'incorporation

Selon Fischler, « *manger, c'est incorporer, faire siennes les qualités d'un aliment* »⁶ - mais aussi ses qualités symboliques, voire magiques, selon le principe « *je deviens ce que je mange* »⁷. Cette croyance universelle, qu'on retrouve dans certaines expressions populaires telles qu'« avoir mangé du lion », prête à l'aliment ingéré la possibilité de nous transformer. Cette « *consubstantialité – mythe selon lequel on devient ce que l'on mange – du mangé et du mangeur* »⁸ peut être source d'anxiété ou au contraire d'espoir pour celui qui attribue des vertus magiques à un aliment.

Monique Ferry, gériatre et nutritionniste, insiste sur cette fonction symbolique de l'aliment qui s'accroît avec le vieillissement : « *les produits utilisés peuvent évoquer un territoire précis qui, au sein de l'incorporation, rassurera le mangeur sur son identité (les légumes de mon jardin [...] les spécialités régionales, etc.)*. »⁹. Elle invoque également la fonction symbolique de l'acte de préparation culinaire qui comporte une dimension affective renvoyant à la tradition familiale. Ainsi, pour la gériatre, l'impossibilité pour un sujet dépendant d'être acteur dans la préparation de ses repas, associée à l'obligation de

⁵ C.Lévi-Strauss, 1971, *Mythologiques, IV, L'homme nu*, Plon

⁶ C.Fischler, *L'omnivore*, *Op. cit.*, p66

⁷ C.Fischler, 1994, *Manger magique, aliments sorciers et croyances comestibles*, Autrement, 201p

⁸ M.Ferry E.Alix, 2007, *Nutrition de la personne âgée, 3^{ème} édition*, Masson, p267

⁹ M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, *Op. cit.*, p268

s'inscrire dans une restauration collective « *gommant pour partie la traçabilité symbolique de l'aliment, accentuent une représentation dévalorisée, voire inquiétante, des nourritures.* »

Les auteurs du rapport du groupe sur la qualité gustative des aliments en restauration collective dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) soulignent également l'importance de cette dimension symbolique et insistent sur la nécessité de « *[...] savoir choisir des produits qui ont du sens (issus de terroirs auxquels on est attaché) et qui ont du goût* »¹⁰.

Ce phénomène me semble particulièrement important à prendre en compte dans un EHPAD situé en milieu rural, sur un territoire de production fruitière et maraîchère particulièrement riche et diversifiée.

C) Une fonction dominante de l'alimentation : le plaisir

La définition commune du plaisir, dont la racine latine vient de *placere* « plaire » est : « *sensation, émotion agréable, sentiment de contentement ou de bien-être* »¹¹.

Le plaisir correspond à un état émotionnel agréable né spontanément d'une situation donnée, de la satisfaction d'un désir ou de la perspective de cette satisfaction. Physique, psychique ou intellectuel, il concerne tous les âges en étant, comme le désir, indispensable à l'équilibre de l'être humain. En 1920, Sigmund Freud affirmait « *on le voit, c'est simplement le principe de plaisir qui détermine le but de la vie, qui gouverne les opérations de l'appareil psychique : aucun doute ne peut subsister quant à son utilité [...]* »¹²

Le plaisir de manger repose sur un aspect physiologique du goût. Les informations sensorielles captées par la langue, le palais et le nez, remontent au cerveau pour parvenir au niveau cognitif du thalamus et du néocortex. De plus, « *la discrimination des goûts et des saveurs se réalise en rapport avec la valeur affective et culturelle de la stimulation sensorielle alimentaire.* »¹³ Ainsi, le goût comporte-t-il une dimension individuelle, éminemment personnelle qui dépasse largement les qualités gustatives des aliments. Il résulte à la fois d'un héritage culturel et de l'histoire familiale et personnelle.

Cette dimension plaisir individuelle est complexe à prendre en compte dans le cadre de la restauration collective. Elle impose nécessairement une liberté de choix difficile à offrir de manière systématique ou significative en EHPAD.

¹⁰ Rapport du groupe PNNS, *Qualité gustative des aliments et environnement des repas : restauration scolaire, hospitalière et aide alimentaire*, préambule

Lien internet : http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_GT_Gout_PNNS_final.pdf

¹¹ Définition éditée par l'Académie Française, année 1986

¹² S.Freud, 1920, *Au-delà du principe de plaisir*, Essai de psychanalyse, Lien internet : http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_de_psychanalyse/Essai_1_au_dela/Au_dela_principe_plaisir.pdf

¹³ M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, Op. cit.. p267

Les préférences alimentaires, résultent, quant à elles, principalement d'un héritage culturel commun. De fait, elles évoluent dans le temps, comme l'a identifié l'historien Jean-Louis Flandrin : « *Selon les époques, les hommes n'ont pas aimé ou rejeté les mêmes aliments et n'ont pas cuisiné de la même façon ceux qu'ils consommaient.* »¹⁴

On en trouve une illustration très concrète en EHPAD au travers du goût prononcé des personnes âgées pour la soupe, qu'une majorité d'entre eux souhaite voir servie au début de chaque repas. Cette attirance pour la soupe est beaucoup moins répandue chez les professionnels qui ont une ou deux, voire trois, générations d'écart avec les résidents. Il est donc essentiel de s'intéresser aux préférences spécifiques de la génération accueillie en EHPAD et de ne pas s'en tenir aux préférences qui sont les nôtres.

Le plaisir généré par l'acte alimentaire comporte également une dimension collective résultant de l'aspect social du partage du repas. La combinaison des deux sources de plaisir (individuel et partagé) est particulièrement importante pour les Français. C.Fischler décrypte ce *phénomène* de la manière suivante : « *Le rapport français à l'alimentation se caractérise par deux dimensions que l'on peut résumer par deux mots-clés : plaisir et convivialité. Les deux termes sont complémentaires et nécessaires l'un à l'autre : pour bénéficier de la légitimité à laquelle il peut prétendre, le plaisir doit satisfaire à une exigence importante, celle du partage et de la sociabilité.* »¹⁵

Ce rapport particulier des Français à l'acte alimentaire se retrouve dans une identité culturelle revendiquée.

1.1.2 La place essentielle du repas dans l'identité culturelle française

L'alimentation tient une place tout à fait particulière dans la vie des Français qui se distingue de celle des autres pays en Europe et dans le monde et qui se traduit notamment par la reconnaissance internationale de son repas gastronomique (A), par la place importante du repas dans la vie quotidienne des Français (B) et **centrale** dans le quotidien des personnes âgées en EHPAD (C).

A) Le repas gastronomique : héritage culturel des Français

Sur candidature du Ministère de la culture de notre pays, un comité intergouvernemental de l'UNESCO a décidé, en novembre 2010, d'inscrire le repas gastronomique des Français au patrimoine culturel immatériel de l'humanité.

Sur le site internet de l'UNESCO¹⁶, la description qui en est faite est la suivante :

« *Le repas gastronomique des Français est une pratique sociale coutumière destinée à célébrer les moments les plus importants de la vie des individus et des groupes*

¹⁴ J.L. Flandrin Ouvrage posthume, 2002, *La Blanquette de veau. Histoire d'un plat bourgeois*, Jean-Paul Rocher éditeur, 78p

¹⁵ C.Fischler, 2008, *Manger – Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Odile Jacob

¹⁶ UNESCO, Décision 5.COM 6.14. Lien internet : <http://www.unesco.org/culture/ich/fr/RL/00437>

[...]. *Le repas gastronomique met l'accent sur le fait d'être bien ensemble, le plaisir du goût, l'harmonie entre l'être humain et les productions de la nature [...]* ».

Pour le comité: « *Le repas gastronomique des Français joue un rôle social actif dans sa communauté et il est transmis de génération en génération comme partie intégrante de son identité* ».

L'importance du repas gastronomique tel qu'il est décrit par l'UNESCO, est généralement prise en compte dans les EHPAD qui proposent un menu « plus gastronomique » le dimanche, jour où certains résidents reçoivent leur famille, et bien-sûr les jours de fêtes nationales ou religieuses. Les résidents font, pour l'occasion, un effort vestimentaire, apprécient de débiter le repas par un apéritif, de manger un bon repas, autour d'une belle table, dans une ambiance festive, en quelque sorte de retrouver le cérémonial des fêtes familiales.

Cela étant, si le repas du quotidien n'a pas vocation à être un « repas gastronomique » au sens de celui reconnu par l'UNESCO, il n'en occupe pas moins, dans notre société, une importance particulière, à tous les âges de la vie.

B) La dimension culturelle du repas : une dominante sociale bien française

Un extrait des entretiens accordés par le philosophe Emil Cioran, publiés en 1995, illustre bien la dimension du repas en France : « *[...] en Roumanie, je m'étais toujours nourri comme un animal, je veux dire inconsciemment, sans prendre garde à ce que manger veut dire. À Paris, je me suis rendu compte que manger est un rituel, un acte de civilisation, presque une prise de position philosophique.* »¹⁷

De fait, le repas tient une place essentielle dans la vie des Français qui lui consacrent 2h22 en moyenne par jour, le double qu'aux Etats-Unis, davantage que dans le reste de l'Europe. Passé 60 ans, ils y passent même 2h30 ! Ces données issues d'une étude INSEE de 2010¹⁸, confirment également que les Français voient toujours l'alimentation comme une affaire avant tout sociale, collective. Ils restent attachés au rituel du repas – à heures fixes, pris en commun, autour de la table – qui découle naturellement d'une culture et de traditions qui semblent s'imposer d'elles-mêmes.

Par ailleurs, il ressort de cette étude, que les Français sont autant attachés au contenu de leur assiette qu'aux conditions dans lesquelles sont pris leurs repas. « *Les Français passent du temps à table et aiment partager ce moment de convivialité avec des amis, la famille voire même dans le cadre professionnel.* » Ces caractéristiques propres à la France, qui semblent résister à l'évolution des modes de vie et à la mondialisation, tendent à démontrer l'importance de la fonction hédonique de l'alimentation, qui doit, par

¹⁷ Cioran, 1995, *Entretiens*, Collection Arcades n°41, Gallimard, 336p

¹⁸ T.de Saint Pol, L.Ricroch, octobre 2012 « Le temps de l'alimentation en France », *INSEE Première* n°1417, Lien internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1417/ip1417.pdf>

conséquent, faire l'objet d'une attention toute particulière dans la restauration proposée en EHPAD.

C) La place « surinvestie » du repas en EHPAD

Les repas rythment le quotidien en EHPAD et, pour un certain nombre de résidents, constituent la seule « activité » ou le seul temps de socialisation de leurs journées. Même au sein d'établissements où les activités proposées sont fréquentes et diversifiées, le nombre de résidents qui en profitent reste marginal par rapport à l'effectif total. Pour certaines personnes âgées invalides, le temps du repas peut être le seul moment de la journée où elles sortent de leur chambre.

P. Champvert et P. Mallet¹⁹ insistent sur le surinvestissement du repas par les résidents qui passent leur temps à attendre ce moment. En témoigne les longues heures passées (deux heures parfois) par certains d'entre eux, pourtant tout à fait valides et libres de leurs mouvements, assis, sans rien faire à l'entrée de la salle à manger, à espérer le début du repas ! Sachant cela, on peut imaginer à quel point le repas concentre toutes sortes d'attentes de différentes natures, qu'il peut difficilement remplir à lui seul. Le moindre manque revêt alors une importance disproportionnée et peut être vécu comme dramatique.

P. Chamvert relève également qu'au sein des établissements où les résidents sont partie prenante de la vie citoyenne de la structure, dans une démarche participative qui leur permet de faire entendre leurs attentes et leurs insatisfactions, tout ce qui se rapporte aux repas – les horaires, l'organisation, les menus, mais aussi les problèmes de voisinage à table, est fréquemment au centre des discussions. La prise en compte de ces attentes, qui portent parfois sur de petites améliorations peu coûteuses et faciles à mettre en œuvre, peut avoir un impact significatif sur la satisfaction globale perçue par les résidents.

Il est donc primordial que tout directeur d'établissement se préoccupe de la qualité de la restauration dans son établissement et associe les résidents à l'amélioration continue de cette dimension essentielle de la qualité de vie en EHPAD mais aussi déterminante dans la préservation de la santé des personnes âgées, comme nous allons l'analyser maintenant.

1.2 L'alimentation : un facteur essentiel de préservation de la santé des personnes âgées

Dans son Avis n°53, sur « Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques » élaboré en 2005 par le Conseil National de l'Alimentation, celui-ci précise que : « *La nutrition est un des facteurs majeurs de préservation de l'état fonctionnel,*

¹⁹ Respectivement Président de l'Association des Directeurs d'EHPA et Consultante Gériatrique, contributeurs de l'ouvrage de M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, Op. cit.

et c'est par ailleurs un des moyens les plus facilement mobilisables pour atteindre l'objectif de maintien d'un état de santé satisfaisant. »²⁰

Cette recommandation, qui résonne aujourd'hui comme une évidence, se heurte à un certain nombre de freins liés aux effets du vieillissement (A) et qui sont de nature à générer un risque fréquent de dénutrition en EHPAD (B). Aussi la lutte contre la dénutrition en institution fait-elle l'objet de nombreuses recommandations nutritionnelles spécifiques aux personnes âgées (C).

1.2.1 L'acte alimentaire : un acte vital affecté par le vieillissement

Le vieillissement donne lieu à des changements physiologiques (A), psychologiques et émotionnels (B) qui affectent plus ou moins la capacité et le désir de la personne âgée de s'alimenter.

A) Les effets physiologiques du vieillissement

« Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. »²¹ Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des effets des maladies. Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, toutefois de manière très hétérogène entre des individus du même âge. Ainsi, certains effets du vieillissement ont-ils une incidence directe ou indirecte sur la capacité des personnes âgées à s'alimenter « normalement ».

- Le vieillissement bucco-dentaire

Le vieillissement bucco-dentaire affecte une grande majorité des personnes âgées²², seules 3% d'entre elles ayant une denture absolument saine alors que 50% d'entre elles présentent une édentation totale ou partielle.²³ La perte des dents induit généralement une restriction dans le choix des aliments et notamment une réduction de la consommation de viande, de fruits frais et de légumes. De plus les difficultés de mastication contribuent à la perte d'appétit.

- L'altération des sens

L'avancée en âge altère les sens et a par conséquent des effets sur le goût et l'odorat. Les modifications de ces sens, qui se manifestent dès 50 ans, peuvent dégrader,

²⁰ Centre National de l'Alimentation, décembre 2005, *Avis n°53*, p6

Lien internet : www.cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2013/04/cna_avis53.pdf

²¹ Corpus de gériatrie, Janvier 2000, CHU Pitié Salpêtrière

Lien internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/index.html>

²² Le seuil habituellement admis pour parler de « personne âgée » est de 70 ans.

²³ M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, Op. cit., p27

sans toutefois jamais la faire disparaître totalement, la détection des saveurs et par là-même le plaisir perçu au cours de l'acte alimentaire. L'odorat, particulièrement affecté par le vieillissement, peut aboutir à « *une anosmie²⁴ totale chez 10 à 15% des personnes de 80 ans* ». ²⁵ La prise de certains médicaments, la déshydratation liée notamment à la perte de sensation de la soif ou encore certaines pathologies et addictions (tabac ou alcoolisme), etc, contribuent à la perturbation du goût, de l'odorat et de l'appétit.

La vue d'un met permet de mobiliser les souvenirs et d'anticiper sur le plaisir gustatif à venir. A ce titre, elle joue également un rôle dans le désir de manger. L'altération de ce sens, inéluctable avec l'âge, peut contribuer à dégrader l'appétit.

- Autres troubles et affections divers

Les troubles de la déglutition, occasionnés notamment par les accidents vasculaires cérébraux, peuvent générer un risque de « fausse route » qui impose de rendre « lisse » la texture des aliments.

Les affections de la praxie, induites par des rhumatismes et des douleurs articulaires, fréquents chez la personne âgée, au niveau des mains ou des épaules, peuvent limiter sa capacité à s'alimenter seule et peuvent représenter un véritable handicap dans l'acte alimentaire.

Les effets psychologiques et émotionnels du vieillissement peuvent également constituer des freins au désir de se nourrir pour la personne âgée.

B) Les effets psychologiques et émotionnels du vieillissement

Les modifications psychologiques directement induites par le vieillissement sont difficiles à discerner de celles accompagnant parfois les conséquences de l'avancée en âge. On peut néanmoins dégager certains changements affectant la dimension cognitive et émotionnelle dans le cadre du vieillissement normal.

Si la capacité d'adaptation par mobilisation des connaissances et compétences acquises semble rester intacte, à l'inverse les capacités de mémorisation et d'apprentissage, la fluidité de l'intelligence et les aptitudes constructives – par reproduction de modèles – sont amoindries par le processus de vieillissement.

Au plan émotionnel, le vieillissement peut s'accompagner de l'émergence de sentiments multiples comme l'inutilité, la sensation d'être une charge pour les autres, la solitude et l'abandon, la sensation de ne plus maîtriser son corps. Par ailleurs, la vieillesse est une période de la vie durant laquelle les situations potentiellement stressantes sont nombreuses. Les événements mineurs mais récurrents de la vie courante peuvent générer du stress à un niveau excédant les ressources de la personne.

²⁴ L'anosmie est un trouble de l'odorat qui se traduit par une perte ou une diminution forte de la sensibilité aux odeurs.

²⁵ M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, Op. cit., p31

D'un point de vue psychanalytique, le vieillissement est un « *processus évolutif ou par crises* » au travers duquel le sujet âgé devra « *intégrer ce à quoi le confronte le fait de vieillir, quant à son désir, quant au rapport au temps et à la mort* »²⁶.

Trois aspects se dégagent de manière générale : la maîtrise passive de son environnement par la personne âgée, une réduction de son activité et une centration grandissante sur son monde intérieur. On observe classiquement « *un désinvestissement de la réalité extérieure et un surinvestissement de soi* »²⁷ accentués à l'approche de la mort.

Les perturbations d'ordres psychologique et émotionnel peuvent se trouver largement accrues par l'entrée en EHPAD qui s'impose, le plus souvent, à la personne en perte d'autonomie, notamment à la suite d'une hospitalisation. Elle constitue une rupture à laquelle la personne n'est généralement pas préparée et une crise où le sentiment d'identité peut se déliter dans un environnement institutionnel dépersonnalisé. Dans des cas extrêmes, certaines personnes manifestent leur rejet de l'institution au travers d'un refus de s'alimenter.

Sans en arriver là, une proportion importante de personnes âgées en institution souffre de dépression (taux de prévalence pouvant atteindre 40%). En effet, les changements de mode de vie, les séparations, les deuils, la perte des liens et des rôles sociaux et familiaux sont autant de facteurs favorisant un état dépressif qui perturbe inévitablement le rapport à l'alimentation. Ainsi, la prise alimentaire ne peut se normaliser que lorsque la dépression est traitée.

Tous ces changements physiques et psychologiques sont de nature à augmenter le risque de dénutrition en EHPAD.

1.2.2 La dénutrition : un risque important en EHPAD

Les personnes âgées qui entrent en EHPAD sont très fréquemment multipathologiques, ce qui contribue largement à amplifier le risque de dénutrition, qui a lui-même un effet délétère sur leur santé (A). Depuis les années 2000, les autorités sanitaires se sont saisies de cette question et ont émis différentes recommandations pour lutter contre ce risque de dénutrition (B). Je m'attacherai enfin à montrer en quoi les conditions de restauration collective en EHPAD peuvent être un facteur aggravant du risque (C).

A) Le risque de dénutrition et ses « effets secondaires » sur la santé

La dénutrition est « *un état de santé associant une perte de poids supérieure à 10% en moins de 6 mois à une diminution de la masse corporelle totale, en particulier, aux*

²⁶ J.Polard, 2013, Article « *Vieillesse* », Dictionnaire International de la Psychanalyse sous la direction d'A.de Mijolla, Nouvelle édition, Additif pXXVI Fayard/Pluriel
Lien internet : <http://psychologies-polard.fr/vieillesse/>

²⁷ V.Caradec, 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 128 p

dépens de la masse musculaire (Indice de Masse Corporelle $IMC \leq 21$) avec retentissement sur l'autonomie fonctionnelle [...] ou survenue de conséquences pathologiques [...]. »²⁸

Selon le Conseil National de l'Alimentation, la principale préoccupation en matière de santé publique concernant la situation nutritionnelle de la population âgée française est « le risque de survenue d'un état de dénutrition ou Malnutrition Protéino-Energétique (MPE). Cette MPE concerne [...] 30% des sujets âgés qui entrent en établissement d'hébergement (EHPA et EHPAD) et qui sont le plus souvent atteints de multi-pathologies. »²⁹

Au-delà des effets du vieillissement largement décrits dans le chapitre précédent, la dégradation, avec l'avancée en âge, de la « gestion des stocks énergétiques et de l'utilisation des nutriments »³⁰ contribue à accroître le risque de malnutrition et de dénutrition chez les sujets âgés.

Il convient également de souligner le rôle néfaste des régimes ou des interdits alimentaires (sel, sucre, graisses animales, etc...) encore très largement prescrits par les médecins soucieux d'éviter d'éventuelles complications en cas de diabète, d'hypercholestérolémie ou de pathologies cardiaques. Il est aujourd'hui établi que ces régimes, aussi indispensables soient-ils, de manière transitoire, comme le régime désodé en cas de décompensation cardiaque aigüe par exemple, ont un effet néfaste s'ils sont maintenus dans la durée et peuvent entraîner des carences nutritionnelles, une perte d'appétit voire une véritable anorexie.

La dénutrition a pour première conséquence d'accroître la sarcopénie³¹, initialement générée par le déclin de l'activité physique associée au vieillissement, qui est à l'origine d'un risque accru d'incapacité, de morbidité et de mortalité. Elle a pour autres conséquences : des troubles psychiques, un déficit immunitaire source d'infections, l'apparition d'escarres, l'occurrence de chutes, etc. Pour M.Ferry, la dénutrition conduit à l'épuisement des réserves de l'organisme qui peut entraîner la personne dans une spirale péjorative³² mettant en jeu son pronostic vital si elle n'est pas réalimentée correctement.

De fait, la dénutrition existe bel et bien en EHPAD et elle a des conséquences graves pour le sujet âgé : « morbidité et mortalité augmentées, perte d'autonomie, fragilité ou dépendance accentuées, donc qualité de vie diminuée, etc. »³³

B) Les recommandations des autorités sanitaires en matière de dénutrition

Dès 2001, le risque de dénutrition des personnes âgées est pris en compte dans les politiques de santé publique. En effet, la prévention, le dépistage et la limitation de la dénutrition font partie des 9 objectifs nutritionnels prioritaires dans les politiques de santé

²⁸ M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, Op. cit. p93

²⁹ Centre National de l'Alimentation, *Avis n°53*, op.cit., p6

³⁰ M.Ferry, *Nutrition de la personne âgée*, Op. cit. p16

³¹ La sarcopénie est définie comme la perte de masse musculaire squelettique liée à l'âge.

³² Concept de la spirale de la dénutrition, présentée en annexe 1

³³ SFGG, *Nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée*, MobiQual, p4

publique, définis par le Ministère de la Santé, dans le premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005³⁴. Repris dans le PNNS 2006-2010, les objectifs en matière de lutte contre la dénutrition seront développés pour constituer l'un des quatre axes du PNNS 2011-2015.

Comme évoqué précédemment, le CNA publie en 2005 des recommandations à destination des établissements d'accueil de personnes âgées portant notamment sur le dépistage de la dénutrition.

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) formule des recommandations concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée.

La même année, le Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et Nutrition (GEM-RCN), formule une Recommandation Nutrition, applicable au secteur de la santé et du médico-social, remise à jour régulièrement.³⁵

Le programme MobiQual vient compléter cet arsenal. Financé par la CNSA de 2010 à 2013, ce programme porté par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), a pour objectif de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile. L'outil MobiQual Nutrition/Dénutrition/Alimentation est un support de sensibilisation/formation à l'importance du maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées, en termes de besoins mais aussi de plaisir de manger.

Plus récemment, le décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux est venu fixer les principes à respecter par les services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux pour assurer une qualité nutritionnelle suffisante des repas. Toutefois, ce décret n'énonce que des grands principes et renvoie, pour davantage de précisions, à un arrêté qui, à ce jour n'est toujours pas paru.

- C) Les conditions de restauration en EHPAD, facteur aggravant du phénomène de dénutrition ?

Les auteurs de l'outil MobiQual sur la nutrition de la personne âgée en EHPAD et établissement de santé considèrent que « [...] *le plus souvent la cause de la dénutrition devrait être recherchée dans le manque de qualité gustative et d'adaptation au grand âge des repas, dû notamment à l'absence de culture gériatrique et aux contraintes d'hygiène alimentaire de la restauration collective ainsi qu'à la formation aléatoire des cuisiniers des établissements [...].* »³⁶

³⁴ PNNS 2001 – 2005, Lien internet www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf

³⁵ Recommandation nutrition, GEM-RNC, Observatoire Economique de l'Achat Public, Version mise à jour en Août 2013 – Lien internet :

http://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/nutrition/nutrition.pdf

³⁶ Dr J.M. Vétel, avril 2006, pour la Mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, *Nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée*, MobiQual, p5

Force est de reconnaître que les contraintes inhérentes à la restauration collective peuvent affecter le désir des résidents de s'alimenter et sont de nature à accroître le risque de dénutrition.

En premier lieu, l'inscription de la personne âgée entrant en institution, dans une restauration collective subie, a pour conséquence de l'exclure totalement de l'acte de préparation de ses repas. Elle ne peut plus faire elle-même ses approvisionnements et n'est plus en capacité de participer, même modestement, à la préparation culinaire. De fait, elle perd la traçabilité de l'origine et de la provenance des produits qu'elle consomme.

Elle perd la liberté de choisir ce qu'elle mange. Même en cas d'alternative possible entre deux plats, elle voit ses choix très largement restreints et le plus souvent ses préférences alimentaires peu prises en compte voire totalement ignorées. Les produits ou les préparations culinaires, en partie « industriels », qui lui sont proposés, sont différents, et parfois de moindre qualité gustative que ce qu'elle avait l'habitude de consommer.

A son entrée en institution, le choix des personnes avec lesquelles elle est amenée à partager ses repas lui est imposé, en fonction de la place disponible et de l'organisation matérielle de la restauration dans l'établissement. Elle pourra, au fil du temps, faire valoir ses propres choix, mais ne pourra pas choisir de changer de place librement au gré de ses envies.

Enfin, si elle n'est plus autonome pour manger seule, les contraintes organisationnelles et les moyens humains disponibles en structure limitent inévitablement l'aide dont elle bénéficie pour manger sereinement, à son rythme, du début à la fin du repas.

Toutefois, la sensibilisation des équipes de soin au risque de dénutrition a largement contribué à la mise en place, dans la majorité des établissements, de protocoles visant à dépister précocement et à lutter contre la dénutrition, mais également à réinvestir le champ de la qualité de la restauration, en tant qu'élément essentiel de la prise en soin comme de la qualité de vie en institution.

1.3 La qualité alimentaire : un concept complexe à définir

Au travers de la recherche documentaire que j'ai effectuée, de la manière la plus large possible, je me suis heurtée à la difficulté de trouver une définition du concept de qualité de la prestation de restauration en EHPAD ou en milieu de soin ainsi que des critères ou indicateurs permettant d'évaluer cette prestation. Malgré un intérêt croissant ces quinze dernières années pour la question de la dénutrition des personnes âgées, notamment en institution, contre laquelle on ne peut lutter efficacement qu'en s'interrogeant sur la qualité de la restauration fournie, il ne m'a pas été possible de trouver de recommandation qui présente, de manière synthétique, les objectifs à atteindre en matière de restauration et les indicateurs pour les évaluer.

Cela me semble révélateur de la complexité du concept de qualité alimentaire et de l'étendue des domaines sur lesquels l'établissement doit travailler pour pouvoir prétendre « assurer une prestation de restauration de qualité ».

1.3.1 Une qualité soumise à de multiples facteurs

A) La qualité alimentaire : un concept propre à chaque professionnel

La qualité des produits bruts, mis en œuvre, tout comme la préparation culinaire sont bien évidemment fondamentaux dans la qualité des plats servis. Il est évident qu'au-delà des recettes élaborées, le savoir-faire et le temps investi dans la préparation impactent la qualité du rendu final de manière très significative. Mais il convient de ne pas sous-estimer l'incidence des modalités du service en salle ou en chambre, qui influent également sur la qualité du rendu, dans l'assiette du résident. La température des denrées servies, qui n'est pas toujours contrôlée et parfois insuffisante, en particulier lors du service en chambre, peut également dégrader la qualité d'un plat, pourtant bien élaboré, en cuisine. Enfin, l'absence d'aide ou une aide trop expéditive contribue à dégrader la qualité du repas dans un EHPAD.

Certains de ces facteurs peuvent sembler anodins et pourtant, chacun d'eux peut contribuer à améliorer ou à dégrader de manière significative la qualité de la restauration en établissement.

Par ailleurs, selon sa place et son rôle dans l'organisation, chaque professionnel se fait une idée différente de ce que doit être la qualité alimentaire.

Pour le médecin, dont la préoccupation première est d'éviter à la personne âgée, le plus souvent poly-pathologique, d'éventuelles complications susceptibles d'aggraver son état de santé, voire d'engager son pronostic vital, la qualité alimentaire de l'établissement passera avant tout par le respect des régimes prescrits et les apports nutritionnels suffisants pour le maintien de la santé des résidents.

Pour certains aides-soignants, qui ont entre autres missions d'aider à se nourrir les résidents les plus dépendants, incapables de le faire seuls, la dimension fonctionnelle de l'acte alimentaire pourra primer, le cas échéant, sur le plaisir gustatif qui deviendra secondaire.

Pour les agents hôteliers qui servent en salle à manger, le plaisir perçu et exprimé par les résidents au cours du repas sera gratifiant. A l'inverse, ils seront les récipiendaires de toute insatisfaction liée au menu ou à la qualité médiocre d'un met servi. La qualité gustative sera pour eux la dimension essentielle de la qualité alimentaire.

Pour les cuisiniers, qui ne vont que très rarement au contact du « consommateur » final, la préoccupation principale sera d'assurer la production prévue (en fonction du menu), dans le respect des normes sanitaires. La qualité résultera d'un équilibre

à trouver entre qualité des denrées brutes, complexité des préparations culinaires et temps passé pour réaliser l'ensemble de la production à assurer.

Pour le gestionnaire, dont la préoccupation première consiste à maîtriser le budget, à acheter au meilleur prix, dans le respect des règles relatives aux marchés publics, la dimension économique pourra primer sur la qualité des « matières premières ».

A l'inverse, la diététicienne aura pour préoccupation principale, la qualité gustative et la lutte contre la dénutrition, parfois sans trop se soucier des considérations économiques.

Le directeur devra, quant à lui, définir ses objectifs et priorités afin d'assurer l'équilibre entre, d'une part, la qualité de la prestation rendue et la satisfaction des résidents et des familles et, d'autre part, les moyens humains disponibles et les contraintes économiques qui pèsent de plus en plus sur les structures médico-sociales.

Toutefois, l'idée que se fait chaque professionnel sur la question, ne doit pas faire oublier la qualité perçue par les résidents et l'importance de mesurer leur satisfaction afin de répondre au plus près à leurs attentes.

Enfin, il convient d'intégrer les normes sanitaires et les contraintes réglementaires visant à assurer la sécurité alimentaire en restauration collective qui sont, elles aussi, indissociables de la qualité alimentaire.

B) La restauration en collectivité soumise à de multiples contraintes

Depuis les années 90, l'exigence de maîtrise du risque sanitaire en restauration collective a donné lieu à un renforcement des obligations et des contrôles pour tous les établissements fournissant une prestation de restauration. Si les premières réglementations induisaient une obligation de moyens, la réglementation européenne a évolué vers une obligation de résultat.

La Directive 93/43/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative à l'hygiène des denrées alimentaires traduite en droit français par l'Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social, constitue le point de départ de cette évolution. Elle vise à assurer la sécurité sanitaire des repas en collectivité en évitant au maximum les Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC). Elle introduit l'obligation de réaliser des autocontrôles réguliers et impose la méthode HACCP³⁷ (déjà existante dans l'industrie agroalimentaire notamment) à la restauration collective. Les obligations initiées par cette Directive sont renforcées dans le Règlement CE n°178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28

³⁷ La méthode HACCP « *Hazard Analysis Critical Control Point* » définie par la Fédération Européenne de Restauration Collective (FERCO) comme une « approche systématique d'identification, de localisation, d'évaluation et de maîtrise des risques potentiels en matière de salubrité des denrées dans la chaîne alimentaire. »

janvier 2002³⁸, qui constitue le socle réglementaire en vigueur. Il définit les grands principes applicables en matière de production alimentaire : principes de précaution, de transparence et d'innocuité. Il fixe les obligations spécifiques des professionnels, tels que les obligations de traçabilité, de retrait de produits dangereux pour la santé ou de contrôle sanitaire.

Le Règlement CE n°852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires introduit l'obligation de respecter les Bonnes Pratiques d'Hygiène (BPH) qui représentent les mesures de base prises par les professionnels pour assurer la sécurité et la salubrité des aliments.

Les Règlements n°853/2004 du 29 avril 2004, fixant des règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées alimentaires d'origine animale et n°2073/2005 du 15 novembre 2005 concernant les critères microbiologiques applicables aux denrées alimentaires, viennent compléter cet arsenal juridique. Celui-ci définit un ensemble de normes et d'obligations en matière de conformité des locaux et des équipements, de maintenance et d'entretien, d'hygiène à tous les stades de la production, de la gestion des déchets, de formation et de respect des bonnes pratiques par les personnels, de contrôle des denrées et des températures, de traçabilité des produits, etc.

Tous les protocoles mis en œuvre au sein de l'établissement pour assurer l'ensemble de ses obligations, sont regroupés dans un Plan de Maîtrise Sanitaire (PMS) qui doit être cohérent avec les BPH et les protocoles HACCP mis en place.

Toutefois, bien que nécessaires à la maîtrise des risques sanitaires, les contraintes administratives et juridiques qui s'imposent en EHPAD peuvent engendrer un climat hyper-sécuritaire et hygiéniste, voire donner lieu à des interdictions arbitraires qui ne sont pas réglementairement justifiées. Les auteurs de l'outil MobiQual dénoncent ainsi des « [...] *contraintes fanstasmatiques qui servent de prétextes pour faciliter l'organisation au sein des établissements (œufs frais, interdiction d'apporter des aliments, etc.* »³⁹

Quelles que soient les contraintes qu'elles imposent, les exigences de sécurité ne peuvent être dissociées de la qualité alimentaire, qui, fait, en EHPAD, l'objet de nombreuses recommandations.

1.3.2 La qualité en EHPAD, objet de nombreuses recommandations, potentiellement génératrices de surcoûts

La qualité alimentaire fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques diverses (A). Aucune, cependant, ne permet de prendre en compte la problématique dans sa globalité. Ces propositions d'amélioration peuvent être génératrices de surcoûts limitant leur mise en œuvre du fait de contraintes économiques (B).

³⁸ Règlement (CEE/CE)-CE/178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002, établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire [...]

³⁹ MobiQual, *Nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée*, p4

A) Les diverses recommandations relatives à la qualité des repas en EHPAD

En 2007, les Directions Générales de la Santé et de l'Action Sociale, éditent un premier guide relatif aux bonnes pratiques de soins en EHPAD⁴⁰ avec la contribution de la Société Française de Gériatrie. Ce guide comporte deux fiches sur le thème de l'alimentation, en tant que domaine à part entière du soin.

Dès 2004, la Mission d'expertise et d'audits Hospitaliers (MeaH) accompagne des démarches d'amélioration de la fonction restauration dans des établissements de santé et publie en 2006 et 2008 deux recueils de partage d'expériences intitulés : *Bonnes Pratiques Organisationnelles (BPO) en restauration hospitalière*.⁴¹ Celles-ci proposent des outils et des « solutions » pratiques. La question de la qualité nutritionnelle et gustative n'y est toutefois qu'assez peu abordée.

Cette dernière, à l'inverse, est la question centrale du rapport du Groupe PNNS sur la qualité gustative des aliments, évoqué précédemment, dont une partie est consacrée à l'offre alimentaire en restauration hospitalière.

Le Programme National pour l'Alimentation (PNA), élaboré sous l'égide du Ministère en charge de l'Agriculture, publié en 2011, cible certains axes sur l'amélioration de la restauration dans les EHPAD⁴².

L'outil MobiQual sur la nutrition en EHPAD, comme les autres recommandations relatives à la lutte contre la dénutrition, présentées précédemment, s'intéresse plus particulièrement aux aspects nutritionnels mais apporte également des propositions d'amélioration de la qualité de la prestation alimentaire, les deux étant intrinsèquement liés. Il est à noter que cet outil aborde très succinctement la question de la contrainte économique.

L'ANESM – Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux – s'est également intéressée à la question dans le cadre de ses Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) sur la qualité de vie en EHPAD. Le volet 2⁴³ y aborde la thématique du repas. Toutefois, ces recommandations sont davantage centrées sur l'environnement du repas et la participation des résidents au projet restauration de l'établissement qu'à la question de la qualité de la production alimentaire à proprement parler.

L'exigence de mise en œuvre de l'ensemble de ces recommandations et notamment celles de l'ANESM est aujourd'hui renforcée par l'obligation d'évaluation

⁴⁰ Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, oct 2007, Guide des bonnes pratiques de soin en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Lien internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf

⁴¹ MeaH, 2008, Organisation de la restauration à l'Hôpital, Recueil de bonnes pratiques, Lien internet http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_restaurantion_Tome_1.pdf

⁴² Programme National pour l'Alimentation, 2011, Lien internet <http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/PNA-09022011.pdf>

⁴³ ANESM, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles sur la qualité de vie en EHPAD – Lien internet http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_Qualite_de_Vie_2_V210911.pdf

externe des établissements médico-sociaux⁴⁴, dont la qualité des prestations fait désormais l'objet d'une appréciation par un organisme extérieur habilité.

La revue de ces différentes sources de recommandations confirme l'étendue de la thématique et la difficulté à appréhender de manière globale la question de la qualité de la restauration en EHPAD. Elles se complètent les unes les autres et sont une ressource importante pour la mise en place d'un plan d'action qualité visant l'amélioration de la prestation de restauration au sein d'un établissement.

B) Un frein important à leur mise en œuvre : la contrainte économique

Il convient de signaler que les préconisations listées ci-dessus ne sont, à de très rares exceptions près, jamais assorties d'une estimation de coût. Or, elles sont potentiellement génératrices de surcoûts. Si certaines d'entre elles nécessitent peu, voire pas du tout, d'investissement préalable, d'autres peuvent être trop onéreuses pour de petits établissements. De même, certaines améliorations sont conditionnées par les moyens humains ou les compétences disponibles et peuvent être particulièrement chronophages, pour les services de restauration ou de soin. Les établissements ne disposent pas tous de la latitude financière pour les mettre en œuvre.

Par exemple, s'il est reconnu que la qualité gustative des repas à texture lisse faits maison est incomparable avec celle des « lisses » achetés tout prêts, leur préparation en interne est consommatrice de temps. Une petite équipe en cuisine peut manquer de disponibilité pour le faire.

Le directeur d'établissement est ainsi amené à effectuer des arbitrages en fonction des priorités qui sont les siennes. En tant que future directrice, il me semble important de trouver le moyen de mettre en œuvre toutes les actions susceptibles de garantir ou d'améliorer la qualité alimentaire à laquelle tous les résidents ont légitimement droit. Les budgets n'étant pas extensibles, cela doit passer par un travail de fond pour optimiser l'organisation ou réduire certains coûts afin de dégager de nouvelles marges de manœuvre.

Ces apports sociologiques, conceptuels et juridiques permettent de mesurer toute la complexité mais aussi toute l'importance, de la qualité de l'alimentation en EHPAD. Ils m'ont été précieux pour mettre en perspective la situation de terrain observée à l'EHPAD St Joseph, du point de vue de la qualité de la prestation de restauration mise en œuvre, puis au travers de l'analyse des éventuels surcoûts associés (Partie 2).

⁴⁴ Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

2 Analyse de la qualité de la restauration et des dépenses afférentes à l'EHPAD/EHPA de Fronton

Après une présentation de l'organisation de la fonction restauration au sein de l'établissement, de la problématique identifiée et de la méthodologie d'analyse (2.1), j'exposerai les principaux axes de la qualité alimentaire qui y ont été développés (2.2). Puis j'analyserai l'origine des surcoûts liés à l'alimentation qui ont été constatés ces deux dernières années (2.3)

2.1 Présentation de l'établissement de Fronton

L'efficacité de l'organisation de la restauration, au sein d'un établissement d'accueil de personnes âgées se reflétant dans la qualité de la prestation rendue, il me semble incontournable de décrire cette organisation à l'EHPAD/EHPA de Fronton (2.1.1) puis de présenter la méthodologie de diagnostic prévue (2.1.2) et mise en œuvre (2.1.3).

2.1.1 L'organisation des services impliqués dans la prestation alimentaire

L'EHPAD « Saint-Joseph » et l'EHPA « Les Magnolias » sont une seule et même entité juridique, dont les locaux sont distincts, mais situés sur un même site. S'ils disposent de leur propre budget de fonctionnement, ils partagent les mêmes moyens au sein des fonctions dites « support » (A), dont les services administratifs, la cuisine, le service de maintenance des locaux et la blanchisserie. A l'inverse, ils disposent d'équipes dédiées différentes pour le service des repas et le soin (l'EHPA étant partiellement médicalisé). Certaines fonctions paramédicales ou techniques, comme la diététique et la qualité, sont, quant à elles, mutualisées avec d'autres établissements au sein du GESPA31 (B).

A) Des moyens humains limités au sein des fonctions administrative et logistique

Pour mémoire, la capacité d'accueil de l'établissement s'élève à 113 lits au total (42 pour l'EHPAD et 71 pour le Foyer Logement). L'établissement fonctionne avec 74,5 ETP. Toutefois, les ressources humaines allouées aux fonctions logistique et administrative sont, comme dans la plupart des établissements de cette taille, limitées.

Ainsi, les services administratifs comptent-ils – en dehors du directeur qui assure, rappelons-le, la direction commune de trois établissements – seulement deux adjoints administratifs et un attaché d'administration. De manière très schématique et succincte, un agent assure l'accueil, le secrétariat et la saisie des factures. L'autre est responsable de la facturation, des mandatements et des relations avec les familles ainsi qu'avec les mandataires pour les personnes bénéficiant de mesures de protection. L'attachée d'administration, adjointe au directeur, est responsable du budget, de la gestion financière et des ressources humaines et assure l'encadrement des services logistiques et

administratif. Avant son départ, le directeur, prenait lui-même en charge la fonction achat (mises en concurrence, consultations et passation des marchés).

En cuisine, un maître ouvrier et trois cuisiniers (OPQ) réalisent la production, en liaison chaude⁴⁵ et par conséquent échelonnée sur les sept jours de la semaine. Deux agents effectuent la plonge. Le maître ouvrier assure la fonction de chef de cuisine tout en faisant partie du roulement en production. S'il n'élabore pas les menus, c'est lui qui définit les quantités, passe les commandes et effectue, avec son équipe, la réception des marchandises. Sa présence en production lui laisse peu de temps pour l'organisation, la rencontre des fournisseurs ou la participation à des réunions pluridisciplinaires.

Onze Agents de Service Hospitaliers (ASH), répartis entre le foyer logement et l'EHPAD, assurent le bio-nettoyage et le service hôtelier. Le service des repas, assuré « dans les étages » ou en chambre, pour les résidents dépendants qui ne peuvent pas manger en salle à manger, est effectué par les aides-soignants.

Enfin, la blanchisserie est assurée par deux agents, de même que la maintenance des locaux, dont la responsabilité incombe à un agent de maîtrise.

Si les moyens humains consacrés aux fonctions logistiques, sont relativement limités, la politique volontariste de rapprochement avec d'autres établissements, engagée par le directeur, lui a permis d'obtenir des compétences mutualisées, au sein d'un Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS).

B) Des compétences techniques mutualisées au sein d'un GCSMS

Les directeurs des EHPAD de Fronton et Villemur et de deux autres établissements des environs, ont créé ensemble un GCSMS, dénommé le GESPA31 (Groupement d'Etablissements et Services pour Personnes Agées 31). Il s'agit de l'EHPAD « Saint-Jacques » doté de 225 lits répartis sur deux sites : Grenade (165 lits) et Cadours (60 lits) et de l'EHPAD « Augustin Labouilhe » de Saint-Orens de Gameville qui accueille 80 résidents. Ce GCSMS a pour vocation de mutualiser des fonctions techniques telles qu'un ingénieur qualitatif et une diététicienne, de favoriser des partages d'expérience entre corps de métier (infirmiers référents ou cadres de santé, psychologues, chefs de cuisine, etc...), de mutualiser certains achats et de mettre en commun des formations.

Le recrutement de la diététicienne a résulté d'une volonté des directions de ces quatre établissements d'améliorer la prise en soin des résidents au travers de l'alimentation et de mieux lutter contre la dénutrition. Son financement a pu être négocié avec l'ARS Midi-Pyrénées, en s'appuyant sur les recommandations émises par la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'Action Sociale dans le Guide de bonnes pratiques de soin en EHPAD évoqué précédemment. Celui-ci préconise notamment aux EHPAD « de

⁴⁵ En liaison chaude, la conservation de mets servis et consommés chauds doit être maintenue à une température minimum de 63 °C entre le moment de la préparation et celui du service.

tenter d'obtenir un temps de diététicien par mutualisation avec d'autres établissements en vue de prévenir les risques de dénutrition qui touchent fréquemment la population de personnes âgées accueillies en institution »⁴⁶.

Recrutée par le GESPA31 en avril 2012, la diététicienne intervient dans chaque établissement du groupement à raison d'un jour par semaine. Elle élabore les menus afin de garantir l'équilibre alimentaire des repas et les apports nutritionnels suffisants. Elle propose les adaptations individuelles en fonction des besoins spécifiques des personnes accueillies. Elle peut également être amenée à prescrire des compléments alimentaires ou des « régimes » enrichis en tant que de besoin.

L'ingénieur qualitatif a quant à lui été recruté début 2013, dans la perspective des évaluations internes et externes imposées par la loi 2002-2. Il a piloté la démarche d'évaluation interne qui a conduit à l'élaboration d'un Plan d'Action Qualité, lequel incluait deux axes de travail sur la restauration, l'un sur la rénovation et la décoration des salles à manger, l'autre sur la lutte contre la dénutrition. En outre, il diffuse les enquêtes de satisfaction annuelles et en analyse les résultats.

Par ailleurs, l'EHPAD/EHPA de Fronton dispose de 0,2 ETP d'ergothérapeute. Elle intervient notamment dans l'adaptation des aides-techniques aux besoins des personnes, en fonction de leur handicap. Certaines de ces aides techniques peuvent concerner la prise alimentaire. Il est à noter que l'établissement ne dispose pas de temps d'orthophoniste si bien que les consultations dans cette spécialité doivent être organisées à l'extérieur, ce qui constitue un frein pour certains résidents.

La démarche de groupement initiée par les directeurs de ces quatre établissements leur a permis d'obtenir des compétences mutualisées qu'ils n'auraient vraisemblablement pas pu obtenir isolément. Elles s'avèrent précieuses pour faire progresser l'établissement dans sa démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge en général, et de la qualité alimentaire en particulier.

2.1.2 La méthodologie de diagnostic

Afin d'analyser la problématique d'augmentation des coûts alimentaires constatée et rapidement évoquée en introduction (A), j'ai élaboré une méthodologie de diagnostic ambitieuse (B), qui s'est heurtée à des difficultés de mise en œuvre (C).

A) La problématique identifiée

La problématique identifiée à l'EHPAD/EHPA de Fronton se résumait au départ à l'augmentation de son budget alimentation, passé, entre 2012 et 2013, de 398 000€ à 462 800€, soit une augmentation de 16,3%. Cette augmentation des coûts avait largement contribué au déficit enregistré sur la section hébergement à la clôture de l'exercice 2013,

⁴⁶ DGS, DGAS, *Guide des bonnes pratiques de soin en EHPAD*, op.cit., p11

aggravant ainsi une situation financière déjà tendue. Cet état de fait, qui n'avait pas été anticipé, a bien évidemment interrogé la direction et l'équipe d'encadrement qui n'identifiaient pas d'explication évidente à cette augmentation des coûts. Il paraissait néanmoins évident à la direction que cette question économique ne pouvait remettre en cause la qualité alimentaire, « point fort » de l'établissement.

Nécessité s'imposait donc d'analyser finement cette hausse des coûts afin d'enrayer cette évolution tout en maintenant le même niveau de qualité, voire d'en poursuivre l'amélioration, dans un souci permanent de lutte contre la dénutrition et de promotion de la qualité de vie des résidents à l'EHPAD.

B) Une méthodologie de diagnostic ambitieuse initialement projetée...

Les trois premiers axes méthodologiques de mon diagnostic portaient sur la dimension économique de la problématique et visaient à identifier les causes objectives de l'augmentation du budget alimentation à l'EHPAD « Saint-Joseph ».

Le premier axe visait à repérer si une évolution des menus, élaborés par la diététicienne depuis fin 2012, générait, comme le supposait le chef cuisinier, l'achat de denrées brutes plus onéreuses, telles que légumes verts plus fréquents, viandes plus chères, œufs reconstitués... L'analyse des menus entre 2011 et 2013 devait permettre de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse. Une analyse de l'évolution du montant des commandes par fournisseur, puis par famille de produits devait permettre d'affiner cette analyse.

Le deuxième axe portait sur le diagnostic du processus achat mis en œuvre au sein de l'établissement afin d'identifier les points forts et les points d'effort dans l'organisation des achats. Pour effectuer ce diagnostic, je me suis appuyée sur les outils élaborés dans le cadre du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) – programme national déployé régionalement par l'ARS Midi-Pyrénées dans le milieu hospitalier et expérimenté dans le secteur médico-social. J'ai renseigné les grilles par le biais d'entretiens avec les professionnels concernés intervenant dans le processus achat, complétés par des observations de terrain. J'ai néanmoins dû alléger ces outils pour les adapter à la réalité d'un établissement médico-social de taille modeste.

Dans le troisième axe, il me semblait intéressant de partager l'analyse de la problématique de l'EHPAD de Fronton avec les directeurs des autres établissements du GESPA31, afin de mettre en perspective certaines données du diagnostic réalisé à l'EHPAD « Saint-Joseph » avec les données disponibles au sein des trois autres établissements du GESPA31. Je comptais notamment pouvoir procéder à l'analyse comparative des coûts des denrées alimentaires par repas et d'étudier les politiques d'achats des trois structures. J'espérais également pouvoir, par le partage d'expérience,

repérer des leviers d'actions transposables en vue de répondre à la problématique spécifique de l'EHPAD « Saint-Joseph ».

En parallèle, il me semblait impératif d'analyser et de compléter les données existantes sur la qualité de la prestation restauration – telles que les évaluations interne et externe et les enquêtes de satisfaction – pour mesurer :

- l'évolution de la qualité des repas perçue par les résidents et par les agents hôteliers de l'établissement,
- l'effectivité des mesures mises en œuvre par la diététicienne pour réduire la dénutrition au sein de l'EHPAD.

Pour ce faire, l'approche méthodologique consistait à recueillir le point de vue des résidents et des professionnels par le biais d'entretiens qualitatifs⁴⁷ et de les confronter ensuite aux résultats des enquêtes de satisfaction (quantitatives) réalisées les années précédentes. Enfin, l'analyse statistique des données issues des dossiers informatisés des résidents devait permettre de mesurer l'impact des actions mises en œuvre en matière de lutte contre la dénutrition.

Au préalable, différents entretiens avec la diététicienne m'avaient permis de mieux cerner l'ensemble des actions qu'elle avait pu, ou n'avait pas pu mettre en œuvre au sein de l'EHPAD. Enfin, ma participation à deux commissions des menus (organisées trimestriellement) avait pour but de comprendre le rôle et le fonctionnement de cette « instance ». Elle m'a permis d'appréhender la dynamique institutionnelle instaurée en termes d'amélioration permanente de la qualité des repas et de la personnalisation du service rendu ainsi que d'identifier certains freins à cette dynamique.

C) ...confrontée à des difficultés de mise en œuvre

Le fait que ma thématique de mémoire, n'ait aucun lien avec mes missions, m'a laissé peu de temps à consacrer à la mise en œuvre de l'ensemble des axes méthodologiques définis initialement. Par ailleurs, le départ précipité du directeur de l'établissement pour mutation, à mi-parcours de mon stage, en a quelque peu perturbé le bon déroulement. Enfin, je me suis heurtée au manque de disponibilité de certains professionnels clé, notamment le chef cuisinier et, dans une moindre mesure, l'attachée d'administration amenée à assurer l'intérim de direction, ce qui a constitué un frein à la conduite d'un diagnostic, qui me paraît aujourd'hui un peu ambitieux.

Concrètement, l'analyse des dépenses s'est révélée laborieuse, les outils existants au sein de l'établissement ne permettant pas de disposer de données utilisables en l'état. Ainsi, s'il était possible de compiler les données relatives aux volumes commandés par référence et par fournisseur, il était impossible de croiser ces données avec les

⁴⁷ La liste des résidents et des professionnels rencontrés dans le cadre d'entretiens semi-directifs ainsi que le guide d'entretien avec les résidents sont en annexe 2

montants facturés pour ces commandes. J'ai donc dû ressaisir un certain nombre de factures pour tenter d'identifier les familles de produits qui avaient généré une augmentation significative des coûts. Ce travail de fourmi a été particulièrement chronophage, pour au final, un résultat limité !

Concernant l'analyse statistique des données relatives à la dénutrition issues des dossiers informatisés des résidents, j'ai pu obtenir une photographie à une date donnée (en juin 2014) de la dénutrition des résidents de l'EHPAD. En revanche, il ne m'a pas été possible de mesurer l'évolution, les données des périodes antérieures entre 2011 et 2013 n'étant pas récupérables.

Enfin, il m'a été impossible de pousser très loin l'analyse comparative avec les autres EHPAD du GESPA31. N'ayant pas eu la possibilité d'effectuer un véritable travail de fond sur les modalités de calcul des coûts ou de comparer les organisations et les actions mises en œuvre avec celles de l'EHPAD de Fronton, j'ai préféré ne pas prendre le risque de confronter des données « incomparables » ou non fiables et d'en tirer, le cas échéant des conclusions erronées.

Si la méthodologie réellement mise en œuvre s'est révélée au final tronquée par rapport à ce qui avait été projeté, un diagnostic a néanmoins pu être établi. Même s'il n'est pas, à mon sens, totalement abouti, il a permis de dégager des points forts en matière de qualité alimentaire ainsi que des points d'effort qui devront faire l'objet de nouvelles améliorations.

2.2 Les principaux axes de la qualité alimentaire développés à l'EHPAD/EHPA de Fronton

A l'EHPAD « Saint-Joseph », l'alimentation fait partie intégrante de la prise en soin (2.2.1), et relève de la dynamique globale d'amélioration continue engagée dans le cadre de la démarche qualité (2.2.2). Toutefois, des défauts de qualité subsistent et des freins font encore obstacle à cette dynamique d'amélioration (2.2.3).

2.2.1 L'alimentation, une dimension à part entière de la prise en soin et du projet personnalisé d'accompagnement

La restauration tient une place importante dans l'établissement. En témoigne le volet qui lui est consacré dans le projet d'établissement élaboré en 2011 pour la période 2012-2017.⁴⁸ Dans le cadre du projet de soin, l'alimentation est un des vecteurs de la lutte contre la dénutrition (A). Les habitudes et les préférences alimentaires du résident sont, quant à elles, prises en compte dans le projet personnalisé d'accompagnement (B).

⁴⁸ Projet d'établissement 2012-2017, Partie III Projet de vie de l'institution, Sous-partie 3 Le projet de vie individualisé des résidents de l'EHPAD, Alinéa (d), l'amélioration des prestations transversales, p.27

A) Une lutte contre la dénutrition « protocolisée » et effective

La lutte contre la dénutrition est un axe important du projet de soin, développé dans le projet d'établissement. Elle est détaillée dans un protocole⁴⁹ qui a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire animé par la diététicienne et comprenant la cadre de santé (aujourd'hui partie en retraite), le médecin coordinateur, une infirmière, des aides-soignants et agents hôteliers. Ce protocole a été diffusé à tous les agents impliqués dans le soin, qui peuvent le consulter en tant que de besoin.

Elle passe en premier lieu par un dépistage des résidents à risque de dénutrition, assuré par une évaluation mensuelle. Celle-ci consiste en : une pesée mensuelle systématique – cette fréquence est augmentée dans les situations à risque élevé – le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), une estimation de l'appétit ou des apports alimentaires, une mesure de l'albuminémie et un calcul du score MNA⁵⁰. Le diagnostic de l'état de dénutrition est établi à partir de l'ensemble de ces indicateurs. Les résidents dépistés font l'objet d'une enquête alimentaire et étiologique.

Les mesures à prendre en cas de dénutrition sont définies, au cas par cas, par la diététicienne en lien avec l'équipe soignante puis validées par le médecin coordonnateur. L'objectif est généralement de renforcer les apports énergétiques de façon à atteindre 30 à 40 kcal/kg/j et les apports protéiques à hauteur de 1,2 à 1,5g/kg/j. Cela passe le plus souvent par l'enrichissement de l'alimentation traditionnelle. Lorsque cela s'avère nécessaire, la diététicienne peut prescrire des compléments nutritionnels oraux. Ces derniers sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés. Achetés tout prêts, ils sont relativement onéreux : environ 0,85 euros l'unité soit un budget annuel approximatif de 6500€.

Une infirmière et une aide-soignante sont référentes nutrition et secondent la diététicienne, qui n'est présente qu'un jour par semaine. Elles font notamment le relais avec les équipes afin de s'assurer que chaque plan nutritionnel individuel porté au plan de soins est bien respecté.

A ce jour, malgré la mise en œuvre de ces mesures, 9 des 42 résidents de l'EHPAD, sont en état de dénutrition. Cette proportion, qui reste relativement élevée, est à relier aux caractéristiques de la population accueillie qui se reflète dans le PMP élevé (265).

B) La prise en compte des habitudes et des préférences alimentaires des résidents

Avant même l'entrée dans l'établissement, un questionnaire est adressé à chaque futur résident afin de recueillir ses habitudes de vie. Ce document porte sur

⁴⁹ Extrait du protocole « Prévention et prise en charge de la dénutrition » de l'EHPAD « Saint-Joseph », annexe 3

⁵⁰ MNA « *Mini Nutritional Assessment* » : outil d'évaluation rapide de l'état nutritionnel

l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Il inclut notamment des questions sur les habitudes et les préférences alimentaires. Il s'agit de connaître les goûts et les aversions de la personne accueillie, les horaires habituels de ses repas, la composition de son petit déjeuner ou d'éventuelles collations en journée ou avant le coucher, etc.

Les menus ne peuvent, évidemment, pas être individualisés ni prendre en compte les goûts spécifiques de chaque résident. Cependant les aversions des résidents sont toujours prises en compte au travers d'un plat de remplacement. De plus, un double menu est proposé environ cinq jours par semaine, pour le plat principal du déjeuner : viande ou poisson et accompagnement. Il s'agit d'une spécificité de l'EHPAD/EHPA de Fronton, réel point fort de la qualité de la restauration au sein de l'établissement.

La prise de « « commande » est assurée par les animatrices auprès des résidents par quinzaine, suffisamment à l'avance pour permettre d'ajuster les approvisionnements en fonction des choix des résidents.

En juin dernier, un choix supplémentaire a été proposé. Les personnes âgées ont pu faire le choix pour la période de l'été, entre un potage et une entrée froide. Les menus étant établis par trimestre, il leur a été proposé de faire ce choix en début de période pour chaque entrée proposée. Cette évolution récente est un exemple des améliorations qui peuvent être apportées au fil de l'eau, au travers d'une réflexion pluridisciplinaire régulière sur la qualité des repas.

2.2.2 Une réelle volonté d'amélioration permanente de la qualité

Outre les améliorations programmées dans le Projet d'Etablissement, telle que la rénovation de la salle à manger du Foyer Logement qui a fait l'objet d'un investissement important, le directeur a su instaurer dans l'établissement une véritable culture de l'amélioration continue qui s'est déjà traduite par des actions concrètes de différentes natures.

A) Une adaptation des régimes et des textures modifiées

Avant l'arrivée de la diététicienne, les régimes prescrits par les médecins traitants étaient scrupuleusement suivis. En effet, il était difficile pour les équipes soignantes, d'argumenter leur assouplissement auprès de médecins dont la préoccupation légitime était de minimiser les risques de complication, sans percevoir l'incidence souvent néfaste sur le bien-être général de la personne âgée, voire le risque d'enclencher un processus de dénutrition aux conséquences graves à terme.

La diététicienne, de par son expertise et sa bonne connaissance des recommandations récentes en la matière, a pu introduire une certaine souplesse dans l'application des régimes et la prescription des textures modifiées. Les personnes diabétiques ne voient plus leur consommation de sucre interdite mais seulement limitée. Elles peuvent consommer des boissons et gâteaux édulcorés et ont droit aux pâtisseries

du dimanche. Toutefois, certains médecins n'acceptent toujours pas de déroger au régime désodé strict qui concerne encore quelques résidents à l'EHPAD « Saint-Joseph ».

Les textures modifiées, « hachées » et « mixées », ont également été réduites au strict minimum, mais concernaient toujours, en début d'année, près de la moitié de l'effectif de l'EHPAD, soit 20 personnes. A ce jour, 8 personnes prennent leur repas en texture hachée et 12 en texture lisse. Cette dernière est destinée aux personnes qui n'ont plus le réflexe de mastication ou de déglutition.

La diététicienne et l'infirmière référente ont réussi depuis quelques mois, à obtenir de l'équipe de cuisine que les « lisses » soient « faits maison ». Ils ne sont donc plus achetés tout prêts. Certes, cela accroît la charge de travail en cuisine et impose des contraintes au plan de la maîtrise des risques sanitaires mais la qualité des repas s'en trouve très nettement améliorée pour les résidents concernés, qui mangent désormais des mets au goût identifiable, beaucoup plus diversifiés. La viande est séparée du légume et le mélange des deux n'est, le cas échéant, effectué qu'à leur demande. De plus, ils bénéficient à présent d'un menu complet, la plupart des entrées à base de légume et de nombreux desserts pouvant leur être servis en texture lisse. En outre, cela devrait générer une économie conséquente, chaque plat acheté tout prêt coûtant 1,50€, la dépense annuelle s'élevait à environ 13 000€.

B) La commission des menus : une véritable réflexion pluridisciplinaire autour de la qualité alimentaire

La commission des menus a été mise en place par la diététicienne en 2012. Elle réunit le directeur, l'infirmière référente, le chef cuisinier, deux hôtelières (une pour l'EHPAD, une pour le foyer logement), l'infirmière et l'aide-soignante référentes nutrition et un représentant des résidents, Président du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Elle se réunit une fois par trimestre dans l'objectif de faire le point sur le fonctionnement général de la restauration sous tous ses aspects, d'étudier toute proposition d'amélioration ou de remédier à tout dysfonctionnement constaté, dans une dynamique d'amélioration permanente. Enfin, elle a pour rôle de passer en revue, d'amender le cas échéant et de valider les menus pour le trimestre suivant.

Le recueil du point de vue des résidents se fait en amont de chaque commission, par le biais d'un groupe de parole dédié à cette question, encadré par l'animatrice de l'établissement. Le représentant des résidents qui participe à la commission est le « porte-parole » de ce groupe. Toutefois, les remontées qui en émanent sont souvent de nature trop générale pour être véritablement exploitables.

Au travers de l'observation que j'ai pu faire du fonctionnement de cette commission, je peux affirmer que la volonté institutionnelle d'amélioration continue est bien

ancrée et sous-tend la réflexion pluridisciplinaire qui y est menée. Cette dynamique se heurte néanmoins à des freins qui seront évoqués ultérieurement.

C) Des enquêtes de satisfaction réalisées mais peu exploitables

Une enquête de satisfaction est prévue sur un rythme annuel depuis l'arrivée du qualicien. La première a été réalisée en 2013. Le questionnaire⁵¹ a été adressé à tous les résidents ou à leur famille par courrier. Elle comporte six items sur la restauration. Le résident peut ainsi indiquer son niveau de satisfaction sur la qualité des repas en termes de variété et de goût, de préparation (cuisson, texture, sauces), d'équilibre alimentaire, ainsi que sur la qualité du service en salle (rythme, disponibilité) et sur la qualité du service en chambre (composition du plateau et température).

Les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées ces deux dernières années font ressortir une **satisfaction globale vis-à-vis de la qualité de la restauration** dans l'établissement, confirmée par les entretiens que j'ai menés auprès des résidents.

Ces enquêtes sont utiles pour communiquer sur la qualité des prestations perçue par les résidents. En revanche, elles sont peu exploitables pour orienter les axes d'amélioration de la restauration. En effet, outre des taux de retour faibles (21% à l'EHPAD et 30% au foyer logement) qui nuisent à la fiabilité des résultats obtenus, la formulation des questions relatives à la restauration s'avère trop générale pour permettre une véritable exploitation des réponses, qu'elles soient positives ou critiques.

D) La gastronomie et les animations régulières autour des repas potentiellement génératrices de surcoûts

L'importance du caractère gastronomique et festif du repas, soulignée dans la première partie de ce mémoire, se traduit, dans l'établissement, par une amélioration des repas aussi fréquente que possible. En premier lieu, les repas dominicaux sortent de l'ordinaire. Des viennoiseries sont servies au petit déjeuner. Le menu du déjeuner est amélioré par rapport au reste de la semaine, systématiquement agrémenté d'une pâtisserie, le plus souvent « faite maison ».

Par ailleurs, à la fin de chaque année, un calendrier des repas festifs est établi pour l'année suivante. Il recense toutes les fêtes nationales, civiles et religieuses, les fêtes locales, et des repas à thèmes qui sont prévus au moins une fois par trimestre. La semaine bleue⁵², est également l'occasion de programmer des temps festifs autour des repas. Les familles et les associations qui interviennent dans l'établissement, sont invitées à venir partager ces temps forts.

⁵¹ Extrait du questionnaire de satisfaction adressé à tous les résidents en 2013, annexe 4

⁵² Depuis 1951, la semaine bleue est programmée chaque année. Selon le Comité National d'organisation, elle est « *constitue un temps privilégié pour informer et sensibiliser l'opinion sur la contribution des retraités à la vie économique, sociale et culturelle, sur les préoccupations et difficultés rencontrées par les personnes âgées, sur les réalisations et projets des associations...* »

Toutefois, ces repas, sortant du commun, sont généralement plus onéreux que les repas quotidiens. Le menu choisi pour ces occasions prévoit le plus souvent une entrée plus élaborée et une viande de meilleure qualité (fraîche), sous forme de rôti, plus coûteuse. Les produits dérivés du canard gras, sont proposés plusieurs fois par an, culture régionale oblige ! Le vin servi vient également renchérir le coût du repas.

La dynamique indéniable d'amélioration continue de la qualité alimentaire se heurte néanmoins à des freins persistants que nous allons évoquer maintenant.

2.2.3 Des défauts de qualité persistants et des freins à surmonter

Malgré les nettes améliorations apportées par la diététicienne au plan de la qualité nutritionnelle au sein de l'établissement, des problèmes qualitatifs de différentes natures persistent. Je ne relèverai ici que les plus significatifs : une qualité gustative inégale (A) et un choix encore trop limité pour les résidents (B). Ces deux points d'effort devront être portés par la commission des menus dont le fonctionnement n'est pas encore optimal (C).

A) Une qualité gustative inégale

Les agents, tout comme les résidents, sont globalement **satisfaits de la qualité des préparations culinaires réalisées par les cuisiniers**. En revanche, ils se plaignent de la **qualité médiocre des fruits, de certaines crudités et du fromage**.

Depuis 2011, l'établissement adhère à deux groupements d'achat inter-hospitalier, ce qui lui laisse peu de latitude dans le choix des produits, malgré le référencement de différents niveaux de gamme pour certains types de produits.

En ce qui concerne les fruits, ils proviennent trop souvent de pays étrangers, parfois très éloignés (hémisphère sud à certaines saisons). Cueillis bien avant leur maturité pour supporter le transport sur de longues distances, ils sont fréquemment peu savoureux, pauvres en vitamines, peu juteux et peuvent être durs (notamment les pêches et les poires), ce qui les rend quasiment immangeables pour certains résidents. Les tomates sont, quant à elles, peu savoureuses, même en plein été ! Monsieur D., résident de l'EHPAD, interviewé sur la qualité de la restauration, me disait qu'il « rêvait des tomates de son jardin ». S'il faisait là vraisemblablement référence aux propriétés identitaires et symboliques des tomates en question, la médiocrité de la qualité gustative des tomates servies dans l'établissement était également signifiée dans son propos.

La salade verte est réceptionnée, prête à l'emploi, en sachets conditionnés sous atmosphère protectrice. D'une préparation très rapide en cuisine, elle est peu goûteuse et peut générer des troubles de la digestion. De fait, les résidents l'apprécient peu et en consomment peu. Le fromage est également réceptionné tout prêt, en portions individuelles emballées sous plastique. Cela fait gagner du temps en cuisine et permet d'avoir des portions calibrées en fonction des besoins nutritionnels théoriques des résidents. En revanche, outre un aspect non écologique, ce fromage « inodore et sans

saveur » est quasiment impossible à identifier sans en lire l'appellation sur l'emballage ! De plus, ces portions individuelles emballées sont nettement plus onéreuses que le fromage à la coupe.

Ces problèmes qualitatifs ont été évoqués en commission des menus, sans changement à ce jour.

B) Des choix encore trop limités pour les résidents

Si un choix est régulièrement proposé pour le plat principal du déjeuner, ou plus récemment, pour certains hors d'œuvre, ce panel des choix reste limité.

Ainsi, jusqu'au début de l'été, un seul type de fruit était proposé par repas. Le type de fruit servi changeait d'un jour à l'autre, mais il était impossible pour les résidents de choisir entre plusieurs types de fruit à chaque repas. La seule alternative possible était d'avoir une compote à la place du fruit. La demande récurrente des résidents, du foyer logement en particulier, de pouvoir choisir entre plusieurs types de fruits a été réitérée lors de la dernière commission des menus, à la mi-juin, et malgré certaines réticences, l'essai a été tenté.

Cette absence de choix est similaire pour les portions de fromage ou les laitages, dont une seule variété est proposée à chaque repas.

L'argument mis en avant pour limiter la possibilité de choix est celui de la difficulté d'anticipation sur les choix et donc le risque de ne pas disposer du volume suffisant de chaque variété pour faire face à la demande. Un agent hôtelier du foyer logement évoque : « la difficulté à gérer l'insatisfaction et les récriminations au moment du service lorsqu'un résident n'aura pas pu avoir le même fruit que son voisin ! ».

C) L'efficacité de la Commission des menus à renforcer

Par ma participation à deux commissions des menus, j'ai pu observer que le temps insuffisant consacré à la validation des menus, ne permettait pas de partager une véritable réflexion sur les améliorations dont ils pourraient faire l'objet. En effet, la lecture collective très – trop ! – rapide des menus prévus pour les trois mois suivants, permet tout juste de repérer d'éventuelles anomalies.

Par ailleurs, à la lecture des compte-rendu et au travers des échanges auxquels j'ai assisté, j'ai remarqué que certains dysfonctionnements ou constats de « non qualité » étaient relevés, sans pour autant faire l'objet de véritables actions amélioratrices. Il m'a semblé qu'une des raisons de cet état de fait pouvait être l'absence, par manque de temps, de la direction à la commission. Ainsi, aucune des personnes présentes n'est en mesure de faire, sur l'instant, les arbitrages qui s'avèreraient nécessaires. Il en résulte que certaines pistes d'amélioration intéressantes évoquées ne sont pas approfondies ou sont reportées sine die.

Certaines pistes d'amélioration peuvent aussi être expérimentées sur une période donnée puis abandonnées, faute d'un suivi effectif. A titre d'exemple, on peut

relater la tentative récente évoquée ci-dessus, de proposer le choix entre plusieurs fruits au dessert, le midi, en salle à manger au foyer logement. Elle a été conduite sur une semaine puis interrompue. Le fait d'attendre la commission des menus suivante, soit près de trois mois plus tard, pour assurer un suivi de l'action initiée, ne permet pas le maintien de la dynamique amorcée. A cet égard, il convient de noter que la présence limitée à un jour par semaine de la diététicienne restreint considérablement sa capacité à assurer un suivi efficace des actions à mener.

Cet état de fait soulève la question de la priorité accordée ou non à la poursuite de l'amélioration de la qualité alimentaire parmi les différents chantiers à mener au sein de l'établissement. Pour autant, celle-ci ne peut, à mon sens, être déconnectée de la réflexion qui suit concernant la maîtrise des dépenses relatives à l'alimentation.

2.3 Des coûts liés à l'alimentation à maîtriser

Comme évoqué précédemment, la problématique de ce mémoire a émergé à partir de la question initiale de l'augmentation des dépenses alimentaires entre 2012 et 2013. Celle-ci s'est élevée à 64 800€ soit une hausse de 16,3% des dépenses, beaucoup trop importante pour résulter de la seule augmentation des prix. . Je vais donc maintenant tenter d'identifier les véritables origines de ces surcoûts. J'essaierai de déterminer s'ils ont, ou non, un lien avec les actions entreprises pour améliorer l'offre alimentaire (2.3.1). J'explorerai les causes organisationnelles (2.3.2) qui ont pu conduire à cette évolution non maîtrisée pour finir sur des constats issus de l'observation de terrain, à prendre en compte pour mieux contenir les coûts (2.3.3).

2.3.1 Les enseignements de l'analyse des surcoûts

Lors des premiers échanges, le directeur, le responsable des cuisines et la diététicienne ont chacun émis des hypothèses différentes sur les causes de l'augmentation des dépenses alimentaires, en lien avec l'évolution de l'offre alimentaire. Il m'a semblé important de vérifier la validité des hypothèses posées en objectivant autant que possible l'origine des surcoûts à partir de l'analyse des données chiffrées.

A) Une dispersion des surcoûts difficile à interpréter

En premier lieu, il convient de noter que l'augmentation des dépenses dont il est question, n'inclut pas le coût des compléments alimentaires, qui ne sont pas enregistrés au compte alimentaire (603) mais au compte dédié aux dispositifs médicaux (606). Ce dernier a également connu une forte augmentation, amorcée entre 2011 et 2012, et particulièrement marquée entre 2012 et 2013, ce qui s'explique par la prise en charge plus systématique de la dénutrition mise en place par la diététicienne à son arrivée. Cette augmentation significative a également eu une incidence négative sur l'équilibre budgétaire de l'établissement.

L'analyse des dépenses alimentaires que j'ai effectuée s'est déroulée en deux temps. J'ai dans un premier temps, identifié les fournisseurs qui avaient vu leurs commandes en valeur augmenter de manière significative, puis dans un deuxième temps, tenté de cerner les familles de produits concernées par ces augmentations. Au final, ce travail long et fastidieux, qui a nécessité de décortiquer de nombreuses factures, m'a été plus utile pour repérer des anomalies dans le processus d'achat que pour mesurer l'impact financier de l'évolution de l'offre alimentaire.

L'identification des fournisseurs a donné peu d'indications puisque, sans surprise, ce sont deux fournisseurs généralistes de produits surgelés et d'épicerie qui sont ressortis comme les premiers contributeurs à l'augmentation constatée⁵³. L'analyse détaillée des dépenses par famille de produits chez ces fournisseurs n'a pas, non plus, permis de clarifier la situation.

Toutefois, j'ai noté – et il serait intéressant d'en connaître la raison – l'augmentation significative des achats en valeur, réalisés auprès des boulangers locaux (passés de 7 833€ en 2012 à 11 015€ en 2013, soit +41%). Par ailleurs, l'augmentation des dépenses de 32% constatée chez « Kerry », fournisseur de produits gélifiants destinés à modifier la texture des boissons, s'explique par une forte hausse des tarifs ainsi que par une augmentation sensible des volumes consommés. Enfin, la hausse importante (+70%) des achats chez « Fromafruit » est imputable à la généralisation de l'offre de confiture au petit déjeuner, amorcée en 2012.

La dispersion constatée, se trouve confortée par la comparaison dans les grandes lignes, des menus entre 2011, 2012 et 2013, qui ne fait ressortir aucune tendance d'évolution significative. J'en suis amenée à conclure que l'augmentation globale constatée serait la résultante d'un ensemble d'actions d'amélioration telles que : une plus grande diversité de l'offre alimentaire, la proposition systématique d'un légume vert en plus d'un féculent, le changement de gamme de certaines viandes, l'offre plus fréquente de produits frais, notamment le poisson du vendredi, ou encore l'offre de confiture au petit déjeuner ou le service de viennoiseries le dimanche, etc. Je n'ai pas réussi à quantifier les surcoûts indéniables induits par ces améliorations de la qualité alimentaire, difficiles à objectiver en l'état des données disponibles dans l'outil informatique de gestion de l'établissement.

Si elle n'a pas permis d'identifier clairement une ou plusieurs origines significatives de l'augmentation des dépenses, l'analyse fine des factures de certains « gros » fournisseurs, m'a permis de mettre à jour des anomalies qui interrogent l'organisation des achats au sein de l'établissement.

⁵³ Tableau d'augmentation des dépenses alimentaires par fournisseur, annexe 5

B) Des « anomalies » détectées

D'une part, mon analyse des données chiffrées entre 2012 et 2013 m'a permis de repérer qu'une partie de l'augmentation des coûts constatée en 2013, provenait de l'imputation sur l'année 2013, de factures émises en 2012, pour des denrées reçues et consommées en 2012. Il ne m'a pas été possible de quantifier de manière fiable le montant de dépenses concernées. Pour cela, il aurait fallu reprendre les factures de la totalité des fournisseurs alimentaires et je n'avais pas le temps matériel de le faire. Quoi qu'il en soit, cet état de fait, certainement justifié par la situation financière tendue de l'établissement, du point de vue de la trésorerie comme de l'équilibre budgétaire, a peu d'incidence sur l'augmentation des dépenses enregistrée entre les deux années puisqu'un tel report a été reproduit entre 2013 et 2014.

D'autre part, en analysant les factures, j'ai pu constater qu'un certain nombre de produits étaient facturés par les fournisseurs à des tarifs unitaires très fluctuants pouvant aller du simple à plus du double, sur des produits d'utilisation courante. A titre d'exemple, les mini-cakes (proposés aux collations) ont été facturés en 2013 à 6 prix différents allant de 13,80€ à 31,39€ pour 60 unités, soit à 17,44€/kg pour le prix le plus élevé et le plus fréquemment facturé ! Cette découverte m'a d'autant plus surprise que ces produits, d'épicerie pour la plupart, ne sont, en principe, pas soumis à fluctuation. En effet, les prix proposés pour ce type de denrées, dans le cadre des marchés, sont fixés en début de marché et leur augmentation d'une année sur l'autre est cadrée et relativement limitée. La même tendance (de volatilité des prix) se retrouve par ailleurs sur les produits tels que viandes, poissons ou fruits et légumes, mais il s'agit là d'un phénomène inhérent à ce type de produits soumis à des « prix de marché », et donc incontournable.

Il m'a rapidement été confirmé que certains produits étaient commandés hors marché, la qualité des produits négociés dans le marché ne convenant pas au chef cuisinier. Ce n'est pas le principe de commandes hors marchés qui m'a posé question, dans la mesure où il me semble effectivement préférable de privilégier la qualité. En revanche, j'ai constaté que les commandes passées hors marchés, aux fournisseurs référencés dans les marchés, ne faisaient l'objet d'aucune mise en concurrence ni même de négociation de tarif ce qui expliquait les fluctuations de prix constatées. Ce fait là m'a semblé devoir être rapidement corrigé, ne serait-ce que pour se mettre en conformité avec la législation.

J'aurais aimé pouvoir conclure cette réflexion sur les coûts alimentaires en essayant d'approcher le coût réel d'un repas au sein de l'établissement de façon à tenter de situer l'EHPAD/EHPA de Fronton par rapport aux fourchettes publiées pour le secteur hospitalier, qui, au demeurant sont très larges. Les données que j'ai pu collecter ne m'ont pas permis d'aller au-delà d'une estimation du coût des denrées alimentaires par résident

et par jour. Celui-ci s'élève à 10,88€ environ⁵⁴. Toutefois, en l'absence de comparaison possible, cette donnée n'est pas très exploitable.

2.3.2 Les points faibles de l'organisation

De prime abord, l'organisation de la fonction restauration à Fronton apparaît claire et bien « rodée ». Toutefois, différents points m'ont paru potentiellement générateurs de dysfonctionnements ou de manque de cohérence, voire de démotivation pour les professionnels impliqués dans la prestation de restauration.

A) L'impact de l'arrivée de la diététicienne

Si elle a permis de nettes avancées dans la prise en charge nutritionnelle des résidents, l'arrivée de la diététicienne dans l'établissement a induit des changements dans l'organisation et dans les responsabilités de certains autres professionnels. Ainsi, la lutte contre la dénutrition faisait antérieurement partie intégrante de la mission de la cadre de santé au titre de la coordination de la prise en soin des résidents.

La mission d'élaboration des menus était, quant à elle, initialement confiée au chef cuisinier. Ce dernier a pu se sentir « dépossédé » d'une partie de son champ d'action, en perdant la « main » sur les menus. Malgré la concertation impulsée dans le cadre de la commission des menus, il intervient assez peu, et cela n'est pas surprenant, dans la révision des menus, si ce n'est lorsque les plats proposés sur un repas ou sur une journée apparaissent difficilement réalisables avec les moyens disponibles en cuisine.

B) Des procédures de gestion à renforcer

Comme cela a été relevé précédemment, le chef cuisinier fait partie du roulement en production en cuisine. Il a donc peu de temps à consacrer à d'autres activités. Il doit pourtant gérer les approvisionnements : estimation des volumes en fonction des menus et des recettes, passation des commandes, supervision de la réception des livraisons, et organiser la production en cuisine. Il est évident que dans ce contexte, il lui est particulièrement difficile de recevoir des fournisseurs ou de prendre le temps de la mise en concurrence pour les produits commandés hors marchés. Cela explique la situation relevée précédemment. De plus, lorsqu'il passe les commandes pour ces produits non référencés aux marchés, non seulement il ne dispose pas des prix qui n'ont fait l'objet d'aucune négociation mais qui plus est, il n'a pas la visibilité des prix facturés, puisque les factures sont traitées par l'administration. Il n'a donc aucun moyen d'être alerté sur les fluctuations des prix.

Enfin, la « dérive » même des dépenses alimentaires constatée fin 2013, a mis en exergue l'absence de suivi régulier des dépenses tout au long de l'année, sur ce champ

⁵⁴ Le prix de journée alimentaire est calculé sur la base du nombre de journées d'hébergement facturées et du nombre estimé de repas pris par le personnel.

de l'alimentation. Ce constat n'est en revanche pas à généraliser, la plupart des autres lignes de dépenses étant suivies, soit par les personnes en charge des commandes (infirmière référente pour les dépenses médicales et de soin, administration pour les autres dépenses), soit par le directeur lui-même lorsqu'il valide les devis avant achat. Cette insuffisance du suivi de l'exécution du budget alimentaire peut provenir d'un « éclatement » des responsabilités sur ce champ, entre le chef cuisinier, la diététicienne et l'administration.

En effet, si la diététicienne a « la main » sur les menus, qui ont une répercussion directe sur les achats, et par là-même sur les dépenses, elle n'a aucune visibilité sur les coûts et aucune responsabilité « économique » - hormis sur les achats des compléments alimentaires. Le chef cuisinier est censé gérer les approvisionnements en restant dans l'enveloppe budgétaire fixée mais il n'a pas explicitement la responsabilité de suivi de l'exécution des dépenses alimentaires. En outre, il ne maîtrise pas les menus ! L'administration, quant à elle, assure le mandatement des factures et effectue donc un suivi a posteriori des dépenses.

2.3.3 Des constats à « méditer »

L'exploration que j'ai effectuée sur cette question de la qualité alimentaire et des surcoûts qu'elle peut générer, a été l'occasion d'identifier une source de « non qualité » génératrice de surcoûts évitables : le gaspillage (A) et d'appréhender les inconvénients d'un recours exclusif aux marchés inter-hospitaliers (B).

A) Un gaspillage non négligeable, en particulier le soir

Le gaspillage est une préoccupation pour tout gestionnaire d'établissement assurant une prestation de restauration. Toutefois, il s'agit d'une question peu évidente à traiter. En effet, personne ne dispose d'une vision globale de ce qui est « jeté » tout au long d'une journée ou même à la fin d'un repas. Les restes sont « gérés » par les agents hôteliers en salle à manger et par les aides-soignants dans les étages. De plus, la quantité de restes fluctue beaucoup d'un jour à l'autre, en fonction non seulement de la taille des portions produites, mais également de l'appétence des résidents pour le menu du jour.

Toutefois, lors de mes échanges avec les professionnels en charge du service en salle et dans les étages, ils ont unanimement fait le constat que certains soirs, les quantités jetées étaient importantes. Un agent hôtelier qui effectue le service en salle à manger du Foyer Logement évoque des « *bacs gastronomes entiers jetés en fin de service* ». Elle avait le souvenir d'avoir jeté, un soir, peu de temps avant notre discussion, environ « *plus d'une quarantaine de tranches de salami* » en fin de repas.

Face à ces constats, le chef cuisinier avance « *qu'il ne peut pas diminuer les portions proposées qui sont conformes aux recommandations nutritionnelles relatives à la population de personnes âgées accueillies dans l'établissement* ». Cependant, au travers de cet exemple, certainement « extrême », l'écart apparaît tel entre les quantités proposées

et celles effectivement consommées qu'on peut s'interroger sur la pertinence de l'offre, tant en quantité qu'en adéquation aux goûts et habitudes des résidents.

B) Avantages et inconvénients des marchés inter-hospitaliers pour l'EHPAD

Le directeur de l'EHPAD « Saint-Joseph » a mis en place des procédures afin de **rationaliser et de sécuriser** juridiquement les actes d'achat, et d'optimiser les dépenses. Ainsi sa **stratégie d'adhérer à des groupements d'achat inter-hospitaliers** pour l'ensemble des achats alimentaires – à l'exception notable du pain et du vin qui font l'objet d'un approvisionnement local – présente-t-elle un **triple avantage** indéniable. En premier lieu, l'établissement bénéficie de prix plus avantageux du fait des volumes importants obtenus par le cumul des besoins de l'ensemble des adhérents. Cela lui offre un approvisionnement garanti pour toutes sortes de fruits et légumes, quelle que soit la saison. Cet avantage a cependant l'effet pervers de rendre accessibles tous produits « hors saison », qui permettent de diversifier l'offre alimentaire mais qui sont aussi souvent onéreux et de qualité médiocre. Enfin, c'est l'établissement coordonnateur du groupement qui gère l'intégralité de la procédure d'appel d'offres, dans le respect du code des marchés publics et qui assure la gestion des marchés sur toute leur durée d'exécution. Même si l'EHPAD finance une quote-part du coût administratif de cette « prestation », cela lui permet de bénéficier d'un service qu'il aurait des difficultés à assurer lui-même.

Cette adhésion à des groupements d'achat inter-hospitaliers pour la totalité des achats alimentaires, présente néanmoins des **inconvénients**. Tout d'abord, le fait d'être un petit établissement médico-social, parmi de nombreux gros centres hospitaliers, confère à l'EHPAD peu de poids sur les critères de sélection des fournisseurs, sur le choix des gammes de produits et sur les références sélectionnées. Cela limite également considérablement ses contacts avec les fournisseurs, pour qui il n'est qu'un « petit client ». Cela constitue un handicap pour faire remonter et traiter les problèmes rencontrés, sur les conditions d'approvisionnement, sur la qualité des produits frais, etc. De plus, lorsqu'il n'atteint pas certains seuils de commande, il se voit imposer des frais de livraison qui renchérissent le coût de ses approvisionnements.

Deux derniers aspects limitent les avantages de l'adhésion à des groupements pour tous les achats alimentaires. Le premier porte sur la qualité de certains produits, remise en cause par le chef cuisinier qui ne les a pas choisis, qui impose de procéder à des commandes hors marchés, point relevé antérieurement. Le second a trait à la marge de manœuvre très restreinte dont dispose l'établissement pour choisir l'origine des fruits et légumes frais et pour s'assurer de leur qualité, sauf à choisir les produits les plus haut de gamme et à augmenter considérablement les coûts unitaires. Ainsi, en 2013, les tomates livrées en juillet et août provenaient de Hollande, de Belgique et d'Espagne, et une seule fois de France tandis que les kiwis étaient originaires d'Italie, de Grèce et du Chili, qui plus

est à des prix parfois très élevés. Pour un établissement situé à proximité d'une des premières zones de production fruitière française, cela me semble particulièrement dommage !

Cet état des lieux que j'ai tenté d'effectuer de la manière la plus large possible m'a permis d'entrevoir des pistes intéressantes à creuser, tant au plan de la poursuite de l'amélioration de la qualité alimentaire que d'un point de vue de l'optimisation des achats, qui font l'objet de la dernière partie de ce mémoire.

3 Une amélioration de l'alimentation à poursuivre en maîtrisant les coûts

Avant de présenter les différentes articulations de cette dernière partie, il me semble utile de rappeler que cette thématique de mémoire, choisie pour son intérêt particulier pour moi, n'avait pas de lien avec les missions qui m'ont été confiées pendant mon stage. Aussi n'ai-je pas eu l'occasion de travailler à la mise en œuvre des préconisations qui seront exposées ci-après. Si je me suis attachée à être réaliste quant à leur faisabilité, il est bien évident pour moi que toutes les préconisations ne pourront être mises en œuvre du jour au lendemain. Elles devront être priorisées et, pour la plupart, elles nécessiteront un travail d'appropriation collective dont les modalités resteront à définir.

Je vais m'efforcer d'articuler les pistes de réflexion qui découlent du diagnostic réalisé, de façon à répondre à la problématique de ce mémoire, à savoir « est-il possible de concilier l'amélioration de la qualité alimentaire et la recherche de la performance économique ? » Pour ce faire, je ferai des propositions concrètes d'amélioration possible de l'offre alimentaire sans surcoût (3.1). Je développerai ensuite les grands axes d'une politique d'approvisionnement de produits frais locaux (3.2) pour terminer sur les actions à mener en matière d'optimisation des achats, en vue de dégager de nouvelles marges de manœuvre (3.3).

3.1 Les pistes d'amélioration de l'offre alimentaire sans surcoût

L'amélioration de l'offre alimentaire est toujours possible. Elle doit, à mon sens, s'appuyer sur une meilleure prise en compte des comportements et attentes des résidents (3.1.1), et par un élargissement, dans la mesure du possible, des choix qui leur sont proposés (3.1.2).

3.1.1 Une meilleure prise en compte des attentes des résidents

Deux vecteurs sont complémentaires pour avoir une meilleure appréhension des attentes des résidents : la remontée d'information que peuvent faire les professionnels qui assurent le service et l'aide à la prise alimentaire (A), et le recueil direct du point de vue des résidents et de leur famille, à effectuer selon des modalités adaptées (B).

A) Une implication renforcée des agents hôteliers dans la remontée d'information

Les attentes des résidents ne sont pas faciles à cerner. Si les personnes accueillies au Foyer Logement ne se privent généralement pas d'exprimer leurs insatisfactions (plus fréquemment que leurs satisfactions !), les résidents de l'EHPAD, plus dépendants des personnels qui les « assistent » expriment peu leurs attentes. Ils n'émettent quasiment pas de critiques. Toutefois, leurs comportements pendant le repas permettent

généralement de décoder ce qu'ils apprécient ou non. Les agents hôteliers et les aides-soignants sont les personnes ressources les mieux placées pour relayer ces informations. Encore faut-il les questionner et organiser la remontée de l'information.

Quelques annotations écrites à la fin de chaque repas dans une sorte de « carnet de bord », permettraient de tracer les faits marquants constatés par les agents hôteliers pendant le repas. Ces derniers pourraient consigner le niveau d'appréciation des plats servis en fonction des remarques des résidents le cas échéant, mais également selon la quantité de restes dans les assiettes et/ou dans les plats. Il pourrait également leur être demandé pendant une période donnée, d'interroger les résidents sur ce qu'ils ont le plus et le moins apprécié pendant le repas et de noter l'impression générale qui en ressortirait. Des questions ciblées permettraient, si nécessaire, d'identifier la ou les causes d'une éventuelle insatisfaction concernant un plat donné (plat en lui-même, préparation culinaire, association entre la viande ou le poisson et son accompagnement, température de service, etc.).

En outre, il me semble indispensable que les plats dont une quantité importante est jetée, soient notés systématiquement. Une réflexion collective en commission des menus sur les données recueillies permettrait de prendre les mesures adéquates pour limiter le gaspillage. Les raisons du manque d'appétence des résidents pour un plat ou un autre peuvent être différentes. Toutefois, s'il s'avère que les quantités consommées sont, de manière récurrente, nettement inférieures aux quantités préconisées au plan nutritionnel – par exemple au niveau des protéines le soir – il serait pertinent de réfléchir aux substitutions possibles ou à une répartition des apports différente sur la journée.

Je n'ignore pas que toute demande de traces écrites peut susciter une résistance chez les professionnels. Celle-ci s'amenuise avec le temps du fait de la généralisation de la traçabilité écrite imposée à l'ensemble des professionnels des structures médico-sociales, dans le cadre des démarches qualité. Une valorisation de l'effort consenti par les agents ainsi qu'une véritable prise en compte des observations consignées devraient permettre de limiter les résistances potentielles.

Cette concertation avec les agents hôteliers serait utilement complétée par une consultation directe des résidents à organiser.

B) Une consultation directe des résidents et/ou des familles à renforcer

Comme évoqué précédemment, les enquêtes de satisfaction régulièrement diffusées ne livrent pas d'informations suffisamment précises et qualitatives pour en tirer des pistes d'amélioration. Seules des enquêtes de satisfaction ciblées sur l'alimentation et relativement détaillées permettraient de recueillir des informations intéressantes. Toutefois, une enquête à renseigner par écrit serait trop compliquée pour certaines personnes âgées accueillies. Il faudrait envisager un mode d'administration oral par un professionnel peu connu des résidents afin de ne pas introduire de biais dans les réponses. Bien évidemment,

cela ne pourrait pas s'organiser fréquemment et nécessiterait de recourir à quelqu'un d'extérieur à la structure. Cela pourrait être une thématique de stage intéressante pour un étudiant en diététique par exemple !

Cela étant, rien de remplace de mon point vue, l'échange direct. Les cuisiniers, à Fronton comme ailleurs, n'ont pas pour habitude de sortir de leur cuisine pour aller à la rencontre des usagers. Il me semblerait pourtant très pertinent qu'ils viennent eux-mêmes régulièrement « prendre la température » en salle à manger, pour recueillir le point de vue des convives à table, comme au restaurant ! Ce contact avec les usagers est un des dix préceptes du Chef Christophe Demangel, du Collège Jules Grévy de Poligny (Jura): « *Précepte n°10 : Tu te remettras en question : vas discuter avec les [usagers] plutôt que de rester cantonné aux commissions menus, [...].* »⁵⁵

Enfin, je m'interroge sur la manière d'enrichir la remontée du point de vue des usagers en commission des menus. En effet, alors que la représentante des usagers au sein de cette « instance » est manifestement volontaire et impliquée dans sa mission, elle a peu de « matière » à partager. Il conviendrait sans doute de structurer l'animation du groupe de parole déjà mis en place, en amont de la Commission, autour de questions qualitatives précises, tant au plan de l'évaluation de la prestation sur la période passée qu'au niveau des améliorations à envisager sur la période à venir. Cela permettrait peut-être aux personnes qui s'expriment peu spontanément, de donner leur avis. Il en résulterait une collecte d'information plus riche et mieux ciblée. Un travail collaboratif entre l'animatrice, la diététicienne, le chef cuisinier, éventuellement l'infirmière référente et/ou le qualitatifien serait à mener pour préparer ces groupes de parole.

Ce recueil du point de vue des usagers permettrait d'ajuster l'offre alimentaire en tenant compte de leurs préférences et critiques collectives. Ainsi, une adaptation des menus, notamment le soir, pourrait avoir un impact positif sur le gaspillage. Solliciter leur avis permettrait également, comme Pascal Champvert en souligne l'importance, de redonner aux résidents toute leur place de citoyen au sein de l'établissement, en les associant mieux à la réflexion sur ce sujet essentiel pour eux.

La seconde piste importante d'amélioration de la prestation de restauration que je propose d'explorer porte sur l'élargissement des choix proposés quotidiennement aux résidents.

3.1.2 L'élargissement des choix possibles

Proposer un choix plus étendu de plats, d'entrées ou de desserts, ne peut que contribuer à la satisfaction des résidents. Deux freins importants limitent généralement la mise en œuvre de ce type de proposition. Le premier est la complexité de la gestion des

⁵⁵, C.Demangel, septembre 2012, *Les 10 commandements d'un chef engagé*, Portail public de l'alimentation, Lien internet : <http://alimentation.gouv.fr/manifeste-Christophe-Demangel>

quantités ; l'établissement s'est donné les moyens de maîtriser cet aspect, par une prise de commande anticipée. Le second porte sur le risque accru de gaspillage, les produits frais présentés en salle à manger, ne pouvant, pour des raisons sanitaires, pas être ramenés en cuisine pour un service ultérieur. Cette contrainte ne devrait pas, à mon sens, primer sur la qualité du service rendu et il me semble possible d'élargir encore, sans trop de risque de perte, les choix proposés à Fronton.

A) Un élargissement des choix proposés au quotidien encore possible

La pratique déjà ancienne à l'EHPAD « Saint-Joseph » du double choix du plat de résistance au déjeuner et plus récente de choix entre une entrée froide et une entrée chaude en été, mérite d'être soulignée. Ce genre de pratique n'est en effet pas encore répandu dans beaucoup d'établissements. Pour autant, il me semble qu'il ne serait pas très difficile d'élargir ce choix aux fruits ou aux laitages proposés au dessert tous les jours (à l'exception du dimanche).

Serait-il vraiment plus compliqué de proposer le choix entre trois ou quatre fruits à tous les repas de midi, plutôt qu'un différent chaque jour ? Outre le regain d'intérêt pour les fruits que pourrait susciter ce type de proposition pour les résidents, cela leur redonnerait la capacité à faire leurs propres choix, en fonction de l'envie du moment, et non de subir totalement le « dictat » de la collectivité. Les agents hôteliers arguent de la complexité à anticiper sur les volumes et à « gérer » l'insatisfaction que génèrerait, en salle à manger du foyer logement notamment, la restriction inévitable des choix pour les dernières tables servies. Est-ce un motif suffisant pour justifier l'absence total de choix ? Il me semble qu'un des moyens de gérer le « problème » pourrait être de mettre une corbeille de fruits sur chaque table et de laisser les convives autour de la table gérer le choix entre eux. Cela présenterait un autre intérêt, à savoir de permettre au résident de retrouver un tant soit peu d'autonomie en effectuant lui-même l'acte de se servir.

L'élargissement des choix pourrait être étendu aux desserts lactés, qui sont également servis en pots individuels, ou au fromage. Après une ou deux semaines de calage, l'équilibre des volumes nécessaires de chaque fruit, dessert ou fromage, pourrait être trouvé et un partage équitable à table, devrait s'être instauré par régulation naturelle au sein des groupes.

Afin de répondre à cette demande récurrente des résidents du foyer logement, la diététicienne a fini par obtenir, à la dernière commission des menus, que le choix du fruit soit enfin proposé. L'expérience a donc démarré au début de l'été, juste après la fin de mon stage. J'ai appris incidemment qu'elle s'était rapidement interrompue ce que je trouve regrettable même si j'en ignore la raison.

Au-delà du choix proposé au résident, se pose le choix pour la structure entre denrées « brutes » et produits prêts à l'emploi, qui ont, de mon point de vue, une incidence forte sur la qualité de l'offre alimentaire.

B) Un équilibre à trouver entre produits « bruts » et produits prêts à l'emploi

Depuis que l'établissement s'est inscrit dans des groupements d'achat inter-hospitaliers l'approvisionnement a évolué vers davantage de produits achetés prêts à l'emploi ou conditionnés en portions individuelles, et de préparations industrielles utilisées telles quelles ou dans les préparations culinaires (sauces, entremets, garnitures, fonds pâtisseries, etc.).

Ils simplifient indéniablement la tâche et font gagner du temps aux cuisiniers. Toutefois, la qualité du résultat final s'en ressent nettement et il me semble qu'une réflexion collective devrait être menée autour de ces questions. Des dégustations comparatives seraient à organiser pour arbitrer entre recours aux produits industriels et « préparations maison ».

Concernant certains produits bruts comme la salade verte, achetée en sachets conditionnés sous atmosphère protectrice d'une part, et le fromage, conditionné en portions individuelles, d'autre part, je serais encore plus intransigente. A mon sens les piètres qualités organoleptiques et gustatives de ces produits sont rédhibitoires. Ils présentent de gros avantages pour leur mise en œuvre en cuisine, pour la gestion des stocks et pour le service au résident. De manière un peu cynique, on pourrait même avancer que leur surcoût à l'achat est compensé par la faiblesse des volumes consommés ! Et pour cause !

La France est un pays réputé pour la diversité et la qualité de ses fromages. Il est pour moi inconcevable qu'on serve aux résidents, 365 jours par an, une pâte cuite « insipide » ! Là encore, je préconiserais qu'on présente sur chaque table un plateau de deux ou trois vrais fromages différents déjà coupés au nombre de portions adapté pour la table et qu'on permette aux résidents qui le peuvent de se servir eux-mêmes.

Je ne mésestime pas le fait que ces changements sont de nature à augmenter le temps de préparation par les cuisiniers ou les agents hôteliers, ce qui constitue un frein majeur à leur mise en œuvre. Une réflexion participative en amont, sur l'adaptation de l'organisation devrait permettre d'aplanir les éventuelles difficultés, d'autant que la plupart des professionnels que j'ai interviewés s'accordent sur la nécessaire amélioration de la qualité de ces denrées. Le fait qu'ils les consomment eux-mêmes lorsqu'ils déjeunent dans l'établissement concourra, je le crois, à leur adhésion à cette idée. Par ailleurs, j'ai pu vérifier que ces modifications ne génèreraient aucun surcoût à l'achat, voire dégageraient des économies.

Cela étant, il serait, à mon sens, nécessaire d'aller nettement plus loin pour améliorer vraiment la qualité de la prestation alimentaire, en instaurant une politique

volontariste d'approvisionnement en local, en premier lieu pour les fruits et légumes – types de produits à améliorer, selon moi, en priorité.

3.2 Définition d'une politique d'approvisionnement en produits frais de saison en local

Les intérêts multiples d'un approvisionnement en local (3.2.1) sont incontestables. Toutefois, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, sa mise en place n'est pas aisée et se heurte à des difficultés qu'il faut prendre en considération (3.2.2).

3.2.1 L'intérêt d'un approvisionnement en produits frais en local

L'approvisionnement de la restauration collective en local (A) est un des objectifs prioritaires du Programme National pour l'Alimentation (PNA). Il permet à l'établissement, dans un environnement de production particulièrement favorable, d'apporter sa contribution à l'activité économique locale (B). Enfin, il présente l'intérêt essentiel d'améliorer la qualité organoleptique et gustative des produits frais proposés aux résidents et d'apporter une réponse au besoin identitaire associé à l'alimentation, des personnes âgées (C).

- A) Développer l'approvisionnement en produits frais en circuit court : un objectif du Programme National pour l'Alimentation (PNA)

Rapprocher le consommateur du producteur est l'un des principaux objectifs du PNA, piloté par le Ministère chargé de l'agriculture⁵⁶. L'un des moyens pour y parvenir passe par une meilleure valorisation des productions locales et de saison, notamment en restauration collective publique. Il s'agit, de promouvoir, les approvisionnements de produits saisonniers, à faible impact environnemental eu égard à leurs conditions de production et de distribution, de produits sous identification de la qualité et de l'origine ou issus d'exploitations engagées dans une démarche de certification environnementale, par le biais de circuits de distribution courts.

Comme le souligne les auteurs du Guide pratique « Favoriser une restauration collective de proximité et de qualité » : *un choix différent de composition des repas servis en restauration collective a la capacité d'orienter les modèles de production agricole et agroalimentaire vers plus ou moins de durabilité. Les collectivités publiques ont la possibilité, d'aucuns diront le devoir, de soutenir cette dynamique par leur demande* ». ⁵⁷ J'adhère pleinement à cette notion de « devoir », tant en ma qualité de citoyenne qu'en tant que future directrice d'établissement public.

⁵⁶ PNA, 2011, Axe 2 Améliorer l'offre alimentaire, Rapprocher producteurs et consommateurs
Lien internet : alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/PNA-09022011.pdf

⁵⁷ DRAAF Rhône-Alpes sous l'égide du Ministère de l'Agriculture, oct 2010, Guide pratique *Favoriser une restauration collective de proximité et de qualité*, préambule, Lien internet : http://draaf.rhone-alpes.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/guide_mise_en_ligne_cle8d5ec4.pdf

Le PNA a ainsi impulsé l'évolution de la législation, jusqu'alors trop rigide, pour favoriser l'approvisionnement de la restauration collective via les circuits courts. Le code des marchés publics a donc été modifié par décret le 25 août 2011⁵⁸. Le nouveau texte de loi donne désormais la possibilité aux acheteurs de la restauration collective d'intégrer dans leurs appels d'offres un critère en faveur des « circuits courts » d'approvisionnement, indispensable pour favoriser le « local ».

B) La responsabilité socio-économique d'un établissement médico-social public

Si la première responsabilité qui incombe à tout établissement médico-social – et que doit garantir son directeur – concerne la qualité de la prise en charge de ses usagers, il n'en demeure pas moins que son statut d'établissement public lui confère une responsabilité socio-économique dans son environnement. A Fronton, en particulier, celle-ci importe particulièrement au Président du Conseil d'Administration, Maire de la commune, pour qui certains approvisionnements ne peuvent être envisagés en dehors du local : médicaments, boulangerie, et bien sûr le vin. Comment pourrait-il en être autrement au cœur d'une région viticole ?

Mais au-delà de ces quelques exemples assez limités en regard du volume des approvisionnements en produits agro-alimentaires de l'établissement, il convient, à mon sens de s'intéresser aux opportunités offertes par le territoire dans lequel s'inscrit l'établissement. Ainsi, situé à quelques kilomètres du Tarn et Garonne, Fronton est à proximité de la première zone de production fruitière de la région Midi-Pyrénées⁵⁹ et d'une zone de production maraîchère importante. Il me semble donc important que les résidents de l'établissement qui, pour la plupart, sont originaires du canton, puissent continuer à bénéficier, lorsqu'ils entrent à l'EHPA « Les Magnolias » ou à l'EHPAD « Saint-Joseph », des fruits et légumes locaux, qui seront certainement de bien meilleure qualité que les produits livrés par les fournisseurs actuels dans le cadre des marchés inter-hospitaliers.

C) L'argument qualitatif et identitaire

S'approvisionner en fruits et légumes frais en local, via des circuits courts, permet de bénéficier de produits de meilleure qualité, pour deux raisons essentielles : les délais entre la cueillette et la consommation finale peuvent être très courts contrairement à l'approvisionnement « classique » auprès de grands distributeurs ; les produits consommés sont donc plus « frais ». De plus, les conditions climatiques régionales permettent, en Midi-Pyrénées, une production saisonnière de plein champ, encore largement répandue ; les produits sont généralement plus « goûteux ». Sans nécessairement faire le choix, onéreux,

⁵⁸ Décret n°2011-1000 du 25 août 2011 modifiant certaines dispositions applicables aux marchés et contrats relevant de la commande publique

⁵⁹ Cartographie des productions agricoles de Midi-Pyrénées : annexe 6

du « bio », la proximité permet également de sélectionner des producteurs qui pratiquent une agriculture raisonnée, intégrant une dimension écologique.

Il n'est sans doute pas utile de s'étendre sur cet aspect qualitatif qui est généralement unanimement reconnu. Il me semble plus important de souligner, l'intérêt d'un approvisionnement local en regard du caractère identitaire de l'alimentation, évoqué en première partie de ce mémoire et qui fait l'objet de très peu d'attention aujourd'hui, à l'EHPAD de Fronton. En effet, mis à part le vin, dont la provenance locale est affichée, et des viandes dont l'origine (généralement européenne) l'est également dans le respect de la réglementation, l'origine des fruits et légumes servis n'est nullement mentionnée car généralement ignorée (sauf à la rechercher dans les factures).

S'approvisionner, au moins partiellement, en fruits et légumes de saison en local et en informer les résidents, permettrait de leur proposer des denrées de qualité mais également de les rassurer sur ce qu'ils mangent en répondant ainsi au besoin identitaire inhérent à l'acte alimentaire. L'établissement montrerait par là-même aux résidents et à leur famille, son soutien à la production locale et son attachement à la qualité qui lui est associée. Cette information serait à intégrer au menu affiché mais pourrait également être reprise oralement par les agents de service hôtelier ou les aides-soignants.

Toutefois, je reconnais, que si l'idée de développer une partie de l'approvisionnement en local est séduisante, sa mise en œuvre n'est pas aussi évidente.

3.2.2 Des difficultés de mise en œuvre prévisibles et des freins à lever

« Modifier ses pratiques d'approvisionnement et l'organisation de ses cuisines n'est pas simple et un gage de réussite sera d'accepter que la démarche soit mise en place progressivement »⁶⁰, en introduisant par exemple, un nombre limité de produits au départ.

Développer un approvisionnement en circuit court nécessite du temps et un « démarchage » actif. La première difficulté réside dans la recherche de producteurs ou d'intermédiaires de proximité pouvant répondre à la demande, à des prix acceptables (A). La lourdeur et la rigidité des marchés publics constituent également des freins, pour l'acheteur public mais aussi et surtout pour les fournisseurs potentiels (B). Toutefois, une mutualisation, à une échelle plus restreinte avec des établissements similaires en proximité, peut alléger les contraintes (C).

A) Un repérage des producteurs ou intermédiaires potentiels nécessaire en amont

Les démarches que j'ai amorcées, en fin de stage à l'EHPAD de Fronton pour repérer d'éventuels producteurs (de fruits et légumes) en proximité m'ont permis de me rendre compte que ce n'était pas une démarche aisée. Par ailleurs, des témoignages de

⁶⁰ Guide pratique, *Favoriser une restauration collective de proximité et de qualité*, op. cit., p.39

collègues confirment qu'il ne suffit pas de lancer une consultation pour sélectionner des fournisseurs « locaux » ou privilégier les circuits courts, pour « générer l'offre ».

Il convient au préalable de mener un démarchage actif, notamment par le biais de la Chambre d'Agriculture départementale, qui fédère les initiatives de producteurs pour développer leur activité de vente directe ou en circuit court, afin de vérifier l'existence de l'offre. Il s'agira également de prévoir l'organisation du marché (allotissements nécessaires) pour être plus sûr d'obtenir des offres lors du lancement effectif d'une consultation. En effet, les producteurs, même lorsqu'ils assurent une production diversifiée, ne peuvent généralement répondre qu'à une partie des besoins exprimés par la structure. Il est donc impératif d'exprimer le besoin en lots assortis d'un calendrier compatible avec la saisonnalité de l'offre existante.

Comme le préconise le Guide pratique, déjà cité, il peut être également pertinent de repérer les intermédiaires régionaux, positionnés sur des approvisionnements locaux, pour faciliter la logistique et rendre possible et viable un approvisionnement en circuit court.

Par ailleurs, il est possible que les tarifs proposés par des producteurs locaux s'avèrent nettement plus élevés que ceux pratiqués par les fournisseurs actuels de l'établissement. Pour limiter cet écueil, il conviendrait que l'établissement puisse s'engager sur des volumes et sur une régularité des commandes qui assurent un débouché régulier aux producteurs. Il serait également utile que les cahiers des charges relatifs aux spécifications des produits prévoient la possibilité d'accepter des produits « déclassés » (du fait de leur calibre ou de leur aspect). Ils pourraient également envisager la possibilité d'acheter des surplus de production, ce qui nécessiterait d'assouplir le fonctionnement en interne de la gestion des menus (actuellement figés sur trois mois). Cela pourrait passer par la diffusion de menus moins précis ou par des modifications de dernier moment pour ajuster les commandes en fonction de la disponibilité et du coût des produits et ainsi bénéficier de tarifs plus attractifs sur des produits frais de qualité.

Je noterais, à cet égard, qu'une telle orientation permettrait de profiter également des promotions proposées par les fournisseurs et des fluctuations (à la baisse) des prix des viandes ou des poissons, dans le cadre des marchés inter-hospitaliers actuels, qui pourrait constituer une source d'économie assez substantielle.

De manière complémentaire à l'identification de l'offre et au repérage de sa disponibilité saisonnière, « *il est indispensable que les acheteurs formalisent leurs besoins annuels : produits demandés, caractéristiques, quantités et périodes d'introduction, programmation des achats, pour les faire connaître aux fournisseurs locaux* »⁶¹, et ce afin d'éviter que les entreprises locales ne puissent répondre aux exigences du fait d'un décalage en termes de volume de production ou de saison.

⁶¹ Favoriser une restauration collective de proximité et de qualité, op.cit., p.40

B) Des marchés publics encore rigides malgré un cadre juridique assoupli

Comme évoqué précédemment, le code des marchés publics a été modifié en 2011, pour intégrer la possibilité d'introduire dans les critères de choix des fournisseurs potentiels, la volonté de privilégier « les circuits courts » d'approvisionnement. La notion de circuits courts désigne littéralement des formes de vente directe du producteur au consommateur ou comprenant un intermédiaire maximum. Cette évolution était impérative pour permettre un approvisionnement en local, la notion de préférence locale étant, elle, contraire aux règles européennes de la commande publique.

Il n'en demeure pas moins que les marchés restent lourds à mettre en place pour l'acheteur. Outre la compétence juridique indispensable pour lancer des marchés conformes au respect du code des marchés publics, le formalisme administratif imposé génère un investissement en temps important et coûteux pour un établissement médico-social. L'EHPAD « Saint-Joseph » ne déroge pas à cette situation ! A mon sens, le directeur devrait nécessairement s'impliquer dans la démarche, en lien bien-sûr avec le chef cuisinier pour l'évaluation et la formalisation des besoins. Or, non seulement le nouveau directeur est arrivé depuis peu (fin août dernier) mais la direction commune de trois structures distinctes sera forcément chronophage pour lui.

Si la mise en place de marchés est complexe et lourde pour l'acheteur, y répondre l'est tout autant pour les soumissionnaires. Les agriculteurs ou même les petits groupements agricoles sont souvent démunis pour répondre au formalisme exigé dans le cadre des consultations, alors qu'ils seraient tout à fait en mesure de fournir les produits souhaités. Heureusement, ils se structurent et s'outillent de mieux en mieux avec le soutien des chambres d'agriculture, mais la lourdeur administrative de réponse à la consultation et d'exécution des marchés reste un frein important. L'apparition d'intermédiaires de proximité, identifiés localement, commence à résoudre cette difficulté.

La mutualisation entre établissements similaires et géographiquement proches peut, quant à elle, contribuer à lever les freins pour l'EHPAD « Saint-Joseph ».

C) La possible mutualisation entre 3 des 4 établissements du GESPA31

La démarche volontariste qu'ont eue les directeurs des établissements du GESPA31 de créer ce GCSMS, afin de mutualiser certains emplois dont celui de la diététicienne, trouverait un prolongement intéressant dans la mise en commun de leurs démarches d'approvisionnement en local. Les établissements de Fronton, Villemur, Grenade et Cadours se trouvent à une distance inférieure à 50 km entre les deux les plus éloignés, et sont tous assez proches des zones de production identifiées. L'établissement de Saint-Orens est peut-être un peu trop éloigné géographiquement pour y participer. Le directeur de l'EHPAD de Grenade/Cadours est, lui, tout à fait favorable à l'engagement d'une démarche commune. J'ignore dans quelles dispositions se trouve le nouveau

directeur de Fronton/Villemur. Quoi qu'il en soit, cette démarche présenterait un double avantage : améliorer l'attractivité vis à vis des producteurs par la consolidation des besoins et réduire la charge administrative pour chaque établissement.

A eux quatre, les établissements de Fronton, Villemur, Grenade et Cadours, comptent 465 résidents, soit un potentiel de 930 repas par jour, sans compter les repas du personnel et les éventuelles activités de portage de repas à domicile. On peut donc faire l'estimation basse d'un volume consolidé d'un millier de repas par jour, 365 jours par an. Un tel volume peut représenter un débouché intéressant pour des producteurs de fruits ou de légumes, permettant notamment d'amortir les frais de livraison.

Par ailleurs, le partage de la démarche entre les quatre entités offrirait la possibilité de partager la charge afférente à la passation des marchés et à leur suivi d'exécution. L'EHPAD de Grenade dispose d'un attaché d'administration hospitalière particulièrement compétent en ce qui concerne les marchés publics et pourrait apporter son expertise en la matière. Dans le cadre d'un éventuel groupement de commandes, un autre établissement pourrait prendre en charge le suivi d'exécution des marchés. Les gains de la mutualisation me paraissent là évidents. Les quatre établissements pourraient également partager des formations, utiles à l'accompagnement de la démarche.

Si cette démarche d'évolution vers une mise en place progressive d'un approvisionnement de qualité en local s'avère essentielle à la poursuite de l'amélioration de la qualité alimentaire à l'EHPAD de Fronton, il n'est pas exclu qu'elle s'accompagne d'une hausse, aussi limitée soit-elle des coûts. Il est donc indispensable de dégager des marges de manœuvre nouvelles en optimisant les coûts qui peuvent l'être.

3.3 La nécessaire optimisation des coûts pour dégager de nouvelles marges de manœuvre

Si des actions ont été mises en œuvre par le directeur de l'établissement, notamment par le biais de l'adhésion à des groupements d'achats inter-hospitaliers pour optimiser les achats, le suivi des dépenses et certaines procédures d'achat doivent être renforcés en interne pour limiter les surcoûts évitables (3.3.1) et l'amélioration de l'efficacité de l'organisation doit être recherchée (3.3.2).

3.3.1 Un renforcement du suivi des dépenses et des procédures d'achat

L'augmentation non maîtrisée des dépenses alimentaires en 2013, aurait vraisemblablement pu être limitée, si ce n'est évitée, si l'établissement avait assuré un suivi rigoureux des dépenses alimentaires (A). D'autres surcoûts seraient potentiellement évitables avec un renforcement des procédures d'achat (B).

A) Une plus grande rigueur dans le suivi des dépenses

Comme évoqué précédemment, la « dérive » des dépenses s'est limitée aux dépenses alimentaires. Soit il s'agit d'un « coup de chance », soit cela signifie, ce que je crois, que cette ligne de dépenses faisait, en interne, l'objet d'une moindre vigilance que les autres. Cela pourrait être lié au fait que plusieurs acteurs interviennent dans le processus, de la commande au mandatement des factures, et qu'aucune d'elles ne se sente pleinement en responsabilité sur la maîtrise de ce budget. A défaut de remettre en cause ce partage des tâches, il est indispensable de définir « qui » doit suivre la ligne de dépenses afin d'être en capacité d'alerter l'ensemble des acteurs et le directeur, dès que les dépenses dépassent un certain seuil par rapport aux dépenses réalisées sur la même période, l'année précédente (si l'année 2013 est jugée pouvoir être une référence pertinente).

Par ailleurs, les difficultés que j'ai rencontrées pour essayer d'identifier sur quelles familles de produits l'augmentation des dépenses avait principalement porté, me conduit à préconiser qu'une réflexion soit engagée sur les modalités de gestion des commandes. Il serait utile qu'elles fassent l'objet d'une saisie, dans l'outil de gestion disponible au sein de l'établissement. A partir d'une base de données des références utilisées au sein de l'établissement et de leur prix, intégrée dans le logiciel de gestion, la saisie des commandes ne prendrait pas plus de temps que sur le tableur actuellement utilisé. Cela permettrait des contrôles de cohérence plus aisés entre les commandes et les factures et des analyses de coûts par familles de produits, impossibles à réaliser actuellement. La faisabilité en reste néanmoins à vérifier.

La deuxième piste d'optimisation des coûts porte sur la fonction achats.

B) Les axes possibles d'amélioration de la fonction achat

Comme je l'ai relevé dans le diagnostic effectué, certaines procédures d'achat mériteraient d'être renforcées, d'une part, pour respecter les obligations réglementaires de mise en concurrence pour tout achat public et, d'autre part, pour acheter au meilleur prix.

L'adhésion à des groupements inter-hospitaliers a, comme je l'ai déjà souligné, permis d'optimiser les coûts en bénéficiant de l'effet « volume ». Toutefois, subsistent les achats hors marchés, dont le montant est marginal par rapport à la globalité des achats alimentaires mais non négligeable. A défaut de négociation et de mise en concurrence, les prix facturés pour ces achats peuvent être excessifs et générer des surcoûts évitables. J'ai ainsi pu identifier que pour le seul fournisseur d'épicerie, une économie de 1 372€ (soit 14% de la dépense) aurait pu être faite sur l'année 2013, si une négociation avait été menée pour négocier les prix sur la base de la moyenne des prix effectivement facturés. Il va sans dire que le gain aurait été encore plus élevé si le prix avait pu être négocié au niveau le plus bas des prix facturés.

Il apparaît donc important d'effectuer une **mise en concurrence systématique** pour les produits achetés hors marchés, dont le volume d'achat reste bien évidemment en deçà des seuils requérant une procédure de publicité et de consultation formelle (15 000€HT en l'occurrence). Cette mise en concurrence peut être effectuée selon une procédure simplifiée de consultation de trois à cinq fournisseurs potentiels, sur la base de devis, potentiellement renégociables en vue de sélectionner le fournisseur le moins cher et de figer le prix d'achat pour une période donnée.

Il est évident qu'au vu de la charge de travail du chef cuisinier, la consultation des fournisseurs ne peut lui être confiée. Il conviendrait donc que l'administration la prenne en charge. Les échanges que j'ai eus, sur cette question, avec l'attachée d'administration qui organise le travail du pôle administratif, me laissent à croire que cela serait possible. Cette mission pourrait être confiée à la personne en charge de l'accueil, du secrétariat et de la saisie des factures. Elle pourrait être chargée de recevoir régulièrement certains fournisseurs pour qu'ils présentent les promotions « saisonnières » qu'ils proposent. Ce mode d'organisation qui fonctionne très bien à l'EHPAD de Villemur, serait transposable sur Fronton. Il permet de générer des économies substantielles sur des produits de consommation courante ou parfois de bénéficier de produits de qualité supérieure pour un prix identique à celui des produits habituellement commandés.

Enfin, une lutte organisée contre le gaspillage, passant notamment par l'analyse des denrées jetées, au travers d'une observation et d'une pesée régulière étalée sur plusieurs jours, voire sur plusieurs semaines, permettrait de mieux ajuster les quantités commandées, complétant les mesures citées ci-dessus pour réduire les coûts.

Je terminerai sur une réflexion autour de l'optimisation de l'organisation qui pourrait permettre d'améliorer l'efficacité collective des acteurs impliqués dans la prestation de restauration.

3.3.2 Une organisation plus efficiente

A) Une répartition valorisante et responsabilisante des rôles

Le chef cuisinier est, à mon sens, le pilier de l'organisation de la prestation de restauration. Sa capacité à organiser l'activité, à garantir la sécurité, à rechercher l'excellence tant au niveau des approvisionnements que des recettes mises en œuvres, et aussi à innover et à impulser les adaptations et améliorations nécessaires pour rendre aux résidents le meilleur service possible, conditionne en grande partie la qualité de la restauration au sein d'un établissement. Encore faut-il qu'il puisse consacrer du temps à ces missions. Or l'organisation actuelle de la production en cuisine, lui impose de passer l'essentiel de son temps en production. J'ai pu constater combien il lui était difficile de « s'extraire » de la production, pour participer à une réunion de travail, par exemple avec la diététicienne et moi-même. Il me semble donc impératif d'étudier les possibilités de

réorganisation susceptibles de lui permettre de « sortir du roulement », plus fréquemment qu'il ne le peut actuellement.

Il me paraît également important que le chef cuisinier retrouve la maîtrise de l'activité en « reprenant la main » sur les menus. Certes, cela générerait un surcroît de travail pour lui, mais ce travail là aurait vraiment du sens. Il conviendrait, bien évidemment, que les principes nutritionnels soient posés par la diététicienne, qui au demeurant, ne me semble pas particulièrement attachée à cette tâche d'élaboration des menus, tâche chronophage qu'elle effectue au détriment d'autres sur lesquelles elle apporterait une plus grande valeur ajoutée.

Enfin, je crois que la réussite de la démarche de tendre vers un approvisionnement de qualité en local, ne peut réussir que si le chef cuisinier y est non seulement étroitement associé mais qu'il adhère pleinement au projet. J'ai pu constater que cette perspective générerait davantage d'inquiétude que d'enthousiasme de sa part. Le cadre un peu rigide mais établi sur la durée, des marchés pluriannuels inter-hospitaliers, apporte une sécurité, voire un certain « confort » au plan de l'approvisionnement. L'engagement d'un processus de changement, qui de surcroît, peut sembler contradictoire avec la démarche voulue et engagée par le directeur de l'établissement, vers un « schéma » d'approvisionnement, certes plus qualitatif mais nécessairement moins sécurisé, ne peut qu'engendrer une forme de réticence.

Il est donc essentiel que la démarche soit soutenue par la direction et que le chef cuisinier soit rassuré sur l'investissement de l'équipe administrative dans le processus d'achat, et bien entendu sur la progressivité de la mise en œuvre de la démarche.

Dans le même esprit, le fonctionnement de la commission des menus pourrait être optimisé.

B) Une optimisation du fonctionnement de la commission des menus

Comme j'ai pu le relever dans le diagnostic de la situation, le directeur participait peu fréquemment à la commission des menus. Sans doute faisait-il pleinement confiance aux acteurs en présence pour faire le travail et progresser sans lui ! Sans doute, n'avait-il effectivement pas le temps d'être partout, en dirigeant trois entités différentes sur trois sites ! Toujours est-il que cela constituait un frein à l'engagement de certaines actions, à l'approfondissement de la réflexion sur certaines pistes soulevées en séance, à la prise de décision à chaud, parfois nécessaire pour faire avancer les choses. Cette absence d'arbitrage immédiat n'aurait pas été aussi pénalisante si les commissions des menus avaient eu lieu tous les mois. La réponse attendue à une question soulevée lors d'une séance aurait été apportée à la séance suivante. Mais un trimestre est une période trop longue pour maintenir une dynamique d'amélioration enclenchée sans que rien ne se passe

pendant trois mois. Il me semble donc indispensable que le directeur se dégage du temps pour être présent aux commissions des menus.

En cas de réelle impossibilité, une solution alternative pourrait être que des délégations (de décision s'entend) soient établies à des personnes présentes à la commission, telles que l'infirmière référente sur toutes les questions relatives au soin, à la qualité de vie des résidents, voire sur les questions éthiques, ou l'attachée d'administration sur les questions relatives à l'organisation de l'activité et des moyens logistiques, ainsi que sur les achats.

La présence du qualicien permettrait, quant à elle, de renforcer le suivi de la mise en œuvre des actions d'améliorations issues de la commission des menus. Celles-ci devraient être systématiquement intégrées dans le PAQ, ce qui est rarement le cas aujourd'hui. Les actions inscrites au PAQ, sont toutes assorties d'un pilote, d'un échéancier et d'un suivi de réalisation en comité de pilotage (COFIL) qualité qui se réunit mensuellement. L'intégration dans le PAQ des actions d'amélioration issues de la commission des menus aurait le mérite d'impliquer le directeur dans le suivi de leur mise en œuvre au travers du COFIL qualité. Ainsi, pourrait-il porter davantage les projets qui lui paraissent importants.

Enfin, la commission des menus pourrait, à l'occasion, se transformer en commission de dégustation, pour encourager l'innovation en cuisine et tester de nouveaux produits (nouvelles recettes des cuisiniers, repas en texture hachée ou lisse, compléments alimentaires, etc.).

Ces pistes d'améliorations m'ont été inspirées des échanges que j'ai eus avec les principaux acteurs de l'établissement qui m'ont tous paru soucieux de la qualité du service rendu, ou avec d'autres directeurs d'établissement. Différents guides et recueils de partage d'expériences que j'ai découverts dans le cadre de mes recherches bibliographiques m'ont également apporté une multitude d'idées intéressantes, dont beaucoup n'ont pu être citées là.

Le principe de réalisme m'a conduit à centrer la réflexion autour des axes d'améliorations importants à mettre en œuvre. Ceux-ci visent à apporter des solutions concrètes, aussi modestes soient-elles, aux points de non qualité relevés dans le diagnostic. Ils tentent également de dégager, par l'optimisation de l'organisation et des achats, de nouveaux moyens à mobiliser pour poursuivre la dynamique déjà bien installée d'amélioration de la qualité de la restauration à l'EHPAD/EHPA de Fronton.

Conclusion

La qualité de la restauration est une composante essentielle de la qualité de vie, en EHPAD. Beaucoup plus qu'une simple prestation logistique, elle est un champ à part entière de la prise en soin et du projet personnalisé d'accompagnement. Elle est déterminante dans la préservation de la santé des personnes âgées en situation de fragilité et poly-pathologiques. Enfin, elle est un vecteur identitaire, culturel et social à préserver du mieux possible, dans un contexte institutionnel « dépersonnalisé », souvent lourd à vivre pour les personnes, en perte d'autonomie, contraintes d'entrer en établissement.

Aussi doit-elle être la priorité de l'ensemble des professionnels, et tout particulièrement du directeur. C'est en effet, lui qui définit les orientations et les priorités, lui qui impulse les projets et lui encore qui doit rendre les arbitrages, tant organisationnels que financiers, qui permettront de mettre en œuvre ou non les actions d'améliorations ou d'optimisation nécessaires. En somme, c'est lui qui, comme le chef d'orchestre, fait jouer à l'ensemble de l'équipe, la partition qu'il a choisie !

Je suis particulièrement soucieuse de la qualité du repas, dans toutes ses dimensions : gustative, nutritionnelle, familiale, sociale, culturelle, régionale. Je suis également très attachée au bien-être et au plaisir sensoriel ou émotionnel, qu'il peut et doit générer. J'aurai donc une exigence toute particulière vis-à-vis des équipes qui œuvreront à la réalisation de cette prestation. Mais le pendant de cette exigence sera de leur donner aussi les moyens de progresser, par la formation ainsi que par une grande liberté pour innover et faire preuve de créativité. L'enjeu est, pour moi, de redonner à l'offre alimentaire, souvent décriée en collectivité, toutes ses lettres de noblesse. Certaines actions pourront être mises en œuvre sans moyens supplémentaires, d'autres nécessiteront je n'en doute pas, des arbitrages difficiles.

En tant que directrice d'établissement, il m'appartiendra d'organiser et de gérer, avec rigueur, de négocier avec les financeurs mais aussi de rechercher toutes les sources de financement alternatives possibles, afin de disposer des moyens nécessaires à la réalisation de cet idéal et de toutes les idées qui l'accompagnent.

Enfin, je souhaiterais évoquer le regret que j'ai de ne pas avoir pu explorer certains sujets. En effet, le fait d'avoir étudié deux thématiques dans le cadre de la problématique traitée, a ouvert de nombreuses pistes que je n'ai pu approfondir, faute de temps. De plus, le cadre normé de ce mémoire, dont le nombre de pages est limité, m'a imposé de faire l'impasse sur certaines idées pourtant intéressantes, et d'en traiter d'autres de manière trop superficielle à mon goût.

J'y remédierai en poursuivant ce travail passionnant, au bénéfice, je l'espère, des résidents des établissements que je serai amenée à diriger, tout au long du parcours professionnel qui s'ouvre devant moi.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Règlement (CE) n°178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires.

Règlement (CE) n° 852/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires.

Règlement (CE) n°853/2004 du 29 avril 2004, fixant des règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées alimentaires d'origine animale.

Règlement (CE) n°2073/2005 du 15 novembre 2005 concernant les critères microbiologiques applicables aux denrées alimentaires

Règlement de la Commission 543/2011 du 7 juin 2011 portant modalités d'application du règlement n° 1234/2007 dans le secteur des fruits et légumes.

Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.

Décret n°2011-1000 du 25 août 2011 modifiant certaines dispositions applicables aux marchés et contrats relevant de la commande publique

Décret n°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux

Guides et recommandations

Société Française de Gériatrie et de Gérontologie avec le soutien de la CNSA, Valise pédagogique MobiQual : *Nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée*

GEM-RNC, Observatoire Economique de l'Achat Public, *Recommandation nutrition*, Mise à jour en Août 2013, Lien internet :

http://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/nutrition/nutrition.pdf

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, octobre 2007, *Guide des bonnes pratiques de soin en EHPAD*, Lien internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf

Mission d'expertise et d'audits Hospitaliers (MeaH), 2008, *Organisation de la restauration à l'Hôpital, Recueil de partage d'expériences et de bonnes pratiques organisationnelles*, Lien internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_restaurantion_Tome_1.pdf

ANESM, 2011, *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles sur la qualité de vie en EHPAD, volet 2 : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, Lien internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_Qualite_de_Vie_2_V210911.pdf

HAS, avril 2007, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, 20p, Lien internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf

ANAP, Avril 2011, *Les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux : les textures modifiées, mode d'emploi*, 114p, Lien internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Restaurantion_Guide_textures_modifiees_mars2011_01.pdf

DRAAF Rhône-Alpes sous l'égide du Ministère de l'Agriculture, octobre 2010, *Guide pratique « Favoriser une restauration collective de proximité et de qualité »*, 193p, Lien internet : http://draaf.rhone-alpes.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/guide_mise_en_ligne_cle8d5ec4.pdf

Ouvrages

CARADEC V., 2008, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 128 p

FERRY M., ALIX E., BROCKER P., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, 3^{ème} édition, Masson, 303p

FISCHLER C., 1994, *Manger magique, aliments sorcières et croyances comestibles*, Autrement, 201p

FISCHLER C., 1990, *L'omnivore*, Odile Jacob, 414p

FISCHLER C., MASSON E., 2008, *Manger – Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Odile Jacob, 336p

FLANDRIN J.L., Ouvrage posthume, 2002, *La Blanquette de veau. Histoire d'un plat bourgeois*, Jean-Paul Rocher éditeur, 78p

FREUD S., 1920, *Au-delà du principe de plaisir*, Essai de psychanalyse, 57p, Lien internet : http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_de_psychanalyse/Essai_1_au_dela/Au_dela_principe_plaisir.pdf

LEVI-STRAUSS C., 1971, *Mythologiques, IV, L'homme nu*, Plon, p

MUCCHIELLI A., 2003, *L'identité, 6^{ème} édition*, Que sais-je ?, PUF, 127p

REGNIER F., LHUISSIER A., GOJARD S., *Sociologie de l'alimentation*, La Découverte, 117p

Articles (revues spécialisées)

DE SAINT POL T., RICROCH L., « Le temps de l'alimentation en France », *INSEE Première* n°1417, octobre 2012, Lien internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1417/ip1417.pdf>

MASLOW A., 1943, « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review*, n° 50

POLARD J., 2013, Article « Vieillesse », *Dictionnaire International de la Psychanalyse sous la direction d'A. de Mijolla*, Nouvelle édition, Additif pXXVI Fayard/Pluriel, Lien internet : <http://psychologies-polard.fr/vieillesse/>

Rapports, Etudes

Rapport du groupe PNNS, 2010, *Qualité gustative des aliments et environnement des repas : restauration scolaire, hospitalière et aide alimentaire*, 194p, Lien internet : http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_GT_Gout_PNNS_final.pdf

Centre National de l'Alimentation, décembre 2005, Avis n°53, 24p, Lien internet : http://www.cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2013/04/cna_avis53.pdf

Corpus de gériatrie, Janvier 2000, CHU Pitié Salpêtrière, Lien internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/index.html>

Programme National pour l'Alimentation (PNA), 2011, Lien internet : <http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/PNA-09022011.pdf>

Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001 – 2005, Lien internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf

Association Consommation, Logement et Cadre de Vie (CLCV), février 2012, *Enquête sur l'alimentation des personnes âgées*, Lien internet :

http://www.clcv.org/images/CLCV/user_upload/com_press/dossiers/CONSO-DP-CLCV-alimentation-seniors_02022012.pdf

MATHE T., FRANCOU A., décembre 2011, *Comparaison des modèles alimentaires français et états-uniens*, CREDOC Cahier de recherche, n°283, 71p, Lien internet : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C283.pdf>

Sites internet

DEMANGEL C. 3/09/2012, *Les 10 commandements d'un chef engagé*, Portail public de l'alimentation, Lien internet : <http://alimentation.gouv.fr/manifeste-Christophe-Demangel>

HUBERT A., *Nourritures du corps, nourritures de l'âme*, Mise en ligne janvier 2006, Lien internet : http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/images/sciences_humaines/ANNIE_HUBERT_Nourriture_et_motions_0106.pdf

Mémoires

BOUTOLLEAU G., 2010, *Le repas en EHPAD, entre fonction logistique et témoin d'une prestation adaptée, l'arbitrage et la réponse du directeur*, Mémoire de D.E. « Directeur d'EHPAD et Droits des Usagers », EHESP

GARCIA C., 2009, *L'alimentation, un support de la qualité de vie du résident en EHPAD*, Mémoire de DESSMS, EHESP

Liste des annexes

Annexe 1 : Spirale de la dénutrition élaborée par Monique Ferry, Gériatre, Nutritionniste

Annexe 2 : Liste des résidents et des professionnels interviewés dans le cadre d'entretiens semi-directifs

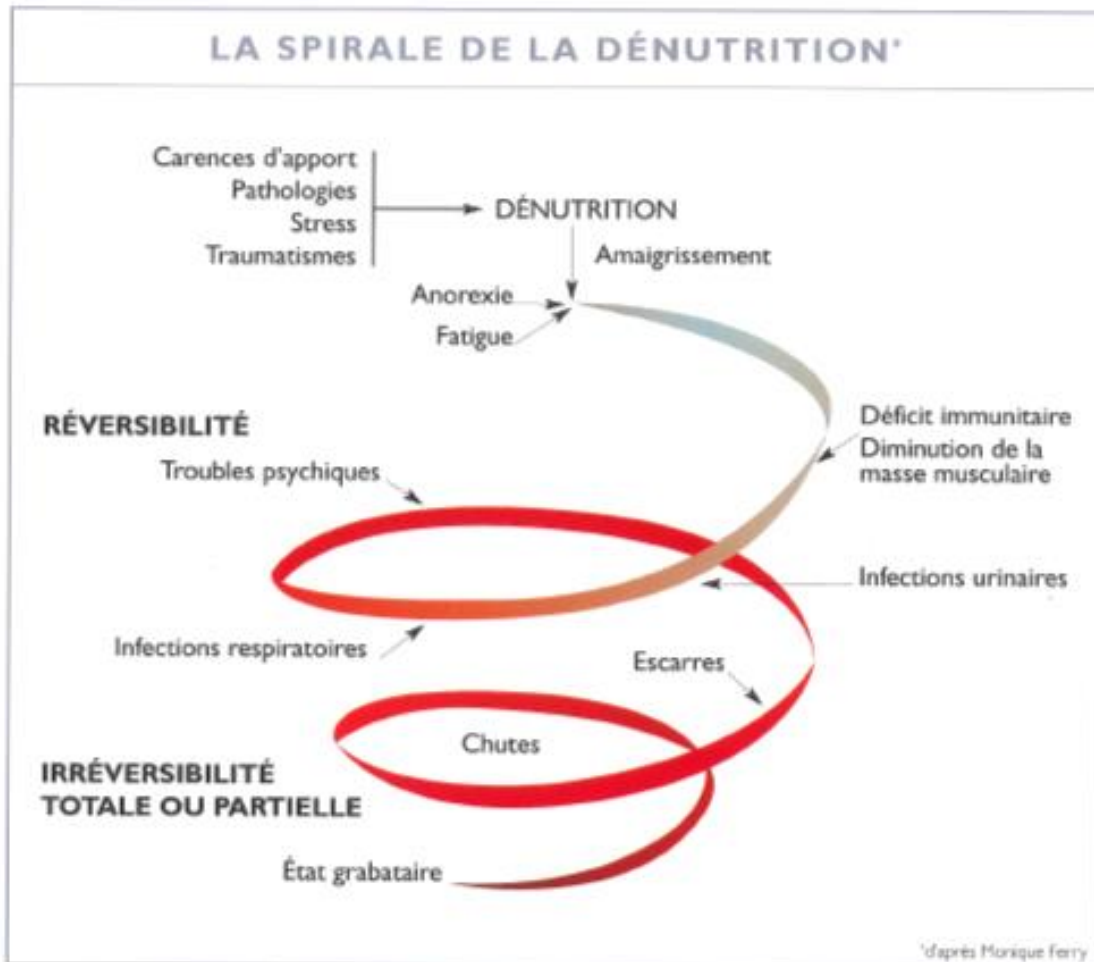
Annexe 3 : Extrait du protocole de prévention et prise en charge de la dénutrition de l'EHPAD « Saint-Joseph »

Annexe 4 : Enquête de satisfaction – extrait du questionnaire adressé à tous les résidents de l'EHPAD et du Foyer Logement en 2013

Annexe 5 : Tableau d'augmentation des dépenses alimentaires par fournisseur entre 2011 et 2013

Annexe 6 : Cartographie des productions agricoles de la région Midi-Pyrénées

Annexe 1 : Spirale de la dénutrition élaborée par Monique Ferry, Gériatre, Nutritionniste



Annexe 2 : Liste des résidents et professionnels interviewés dans le cadre d'entretiens semi-directifs

Résidents interviewés :

A l'EHPAD « Saint-Joseph » :

Madame C, 77 ans

Madame D., 88 ans

Monsieur D., 90 ans

Au foyer logement « Les Magnolias » :

Madame B. : 82 ans

Madame P. : 79 ans

Professionnels interviewés :

Isabelle DUFFAR : diététicienne, (trois entretiens)

Daniel CARRIE : chef cuisinier,

Christèle DELRIEU : infirmière référente

Marie-France POUJOL : attachée d'administration, directrice par intérim

Madame V. : ASH, service hôtelier de l'EHPAD depuis un an

Madame S. : Faisant-fonction d'aide-soignante, EHPAD depuis 20 ans

Madame F. : ASH, service hôtelier du Foyer Logement depuis 28 ans

Didier CARLES : Directeur de l'EHPAD de Grenade/Cadours

Guide d'entretien avec les résidents

Données de caractérisation

Résident EHPAD / foyer logement

Age

GIR

Texture des repas

Texture des boissons

Etes-vous satisfait de la qualité des repas ?

Quels sont vos plats préférés à la MR ? Quels sont ceux que vous aimez le moins ?

Etes-vous satisfait de la diversité des menus ?

Etes-vous satisfait de l'équilibre des menus ?

Etes-vous attaché au double choix du plat principal le midi ?

Si vous deviez choisir entre le double choix ou la possibilité d'avoir du poisson ou de la viande frais, que préféreriez-vous ?

Etes-vous satisfait de la préparation des plats (cuisson, texture, sauce...) ?

Les quantités servies le midi vous semblent-elles suffisantes ?

Les quantités servies le soir vous semblent-elles suffisantes ?

Etes-vous satisfait des horaires des repas ?

Le rythme du service en salle vous semble-t-il satisfaisant ?

Les hôtelières/aides-soignantes sont-elles disponibles et à votre écoute ?

La température des plats est-elle généralement satisfaisante ?

Si texture modifiée, êtes-vous satisfait des boissons gélifiées ?

Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter aux menus ?

Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter à la qualité des produits ?

Quelles sont les améliorations prioritaires pour vous ?

Quels plats, non proposés à la MR aimeriez-vous avoir de temps en temps ?

Quels desserts, non proposés à la MR aimeriez-vous avoir de temps en temps ?

Etes-vous satisfait des collations ?

Avez-vous perçu des évolutions dans les menus depuis votre arrivée ? Ces derniers mois ?

Etes-vous globalement satisfait par la qualité des repas à la MR ?

Annexe 3 : Extrait du protocole de prévention et prise en charge de la dénutrition de l'EHPAD Saint-Joseph

E.H.P.A.D. « Saint Joseph » Foyer logement Mas des Orangers FRONTON	P R O T O C O L E PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	Référence : PT.SOI.09 Version : A Date de diffusion : 27.06.2013
---	---	--

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
Dr Eric VOGLIMACCI Médecin coordonnateur	Comité de pilotage Qualité & Gestion des Risques	Eric PONCE Directeur

OBJECTIF

Elaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition.

TEXTE DE REFERENCE

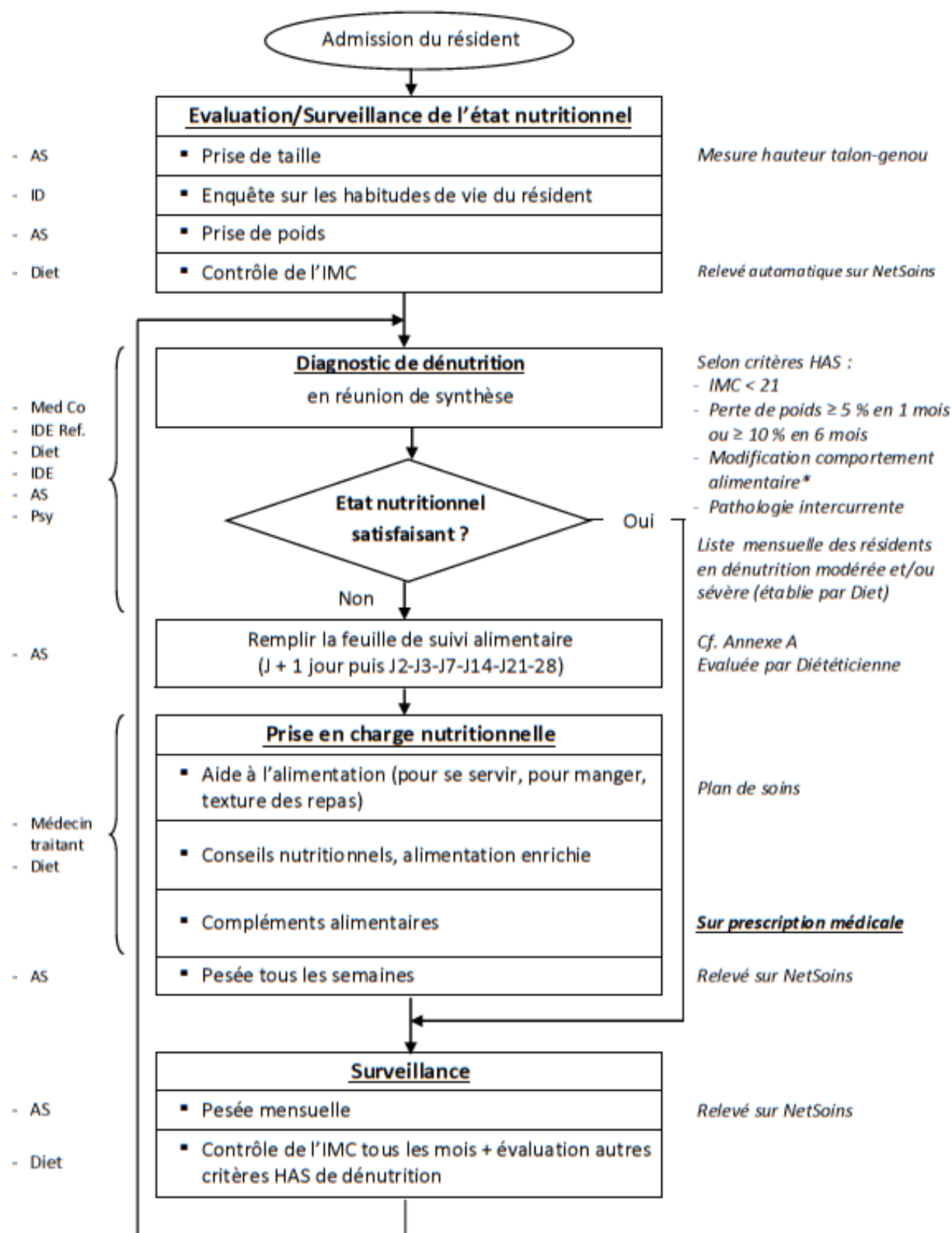
Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée - Synthèse des recommandations professionnelles, HAS (2007)

PERSONNES CONCERNEES

Médecin coordonnateur, Infirmière référente, Diététicienne, IDE, AS, Cuisinier, Psychologue

ABREVIATIONS

- CNO : compléments nutritionnels oraux
- NE : nutrition entérale



* Troubles de la déglutition, difficultés à la mastication, troubles bucco-dentaire

Annexe 4 : Enquête de satisfaction – extrait du questionnaire adressé à tous les résidents de l’EHPAD et du Foyer Logement en 2013

**ENQUÊTE DE
SATISFACTION 2013**

Votre avis nous intéresse !

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un questionnaire de satisfaction destiné aux personnes hébergées au sein de :

- L’E.H.P.A.D. “Saint-Joseph”
- Le Foyer logement « Mas des Orangers »

Ce questionnaire constitue un outil d’évaluation de ce qui est réalisé dans l’établissement. Il servira à améliorer les prestations offertes aux résidents que nous accueillons. Les données contenues dans ce questionnaire resteront confidentielles.

Merci de votre collaboration

La Direction

Ce questionnaire a été rempli par :

- Vous-même
- La famille - Précisez le lien de parenté :
- Autre - A préciser :

Ce questionnaire est anonyme mais vous pouvez indiquer :

Votre nom :

Le nom de votre proche :

Le N° de l’appartement ou de la chambre :

Merci de nous retourner ce questionnaire avant le **15 septembre 2013** soit en le remettant directement au secrétariat, soit en l’adressant par courrier au nom du Directeur, M. Eric PONCE.

L'accueil lors de votre arrivée dans l'établissement

	Très satisfait	Assez Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
▪ Accueil par le personnel administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Accueil par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Informations utiles reçues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Votre impression générale de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les locaux et les équipements

	Très satisfait	Satisfait	Pas satisfait	Pas du tout satisfait
▪ Votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Votre salle de bain : équipement adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hygiène : chambre et sanitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Salle restaurant : propreté, convivialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les salons : agréables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Les couloirs de circulation : fonctionnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le service restauration

	Très satisfait	Satisfait	Pas satisfait	Pas du tout satisfait
▪ Qualité : variété, goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Quantité : par rapport à votre appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Préparation : cuisson, texture, sauces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Equilibre alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Service en salle : rythme, disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Service en chambre : composition du plateau, maintien en température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

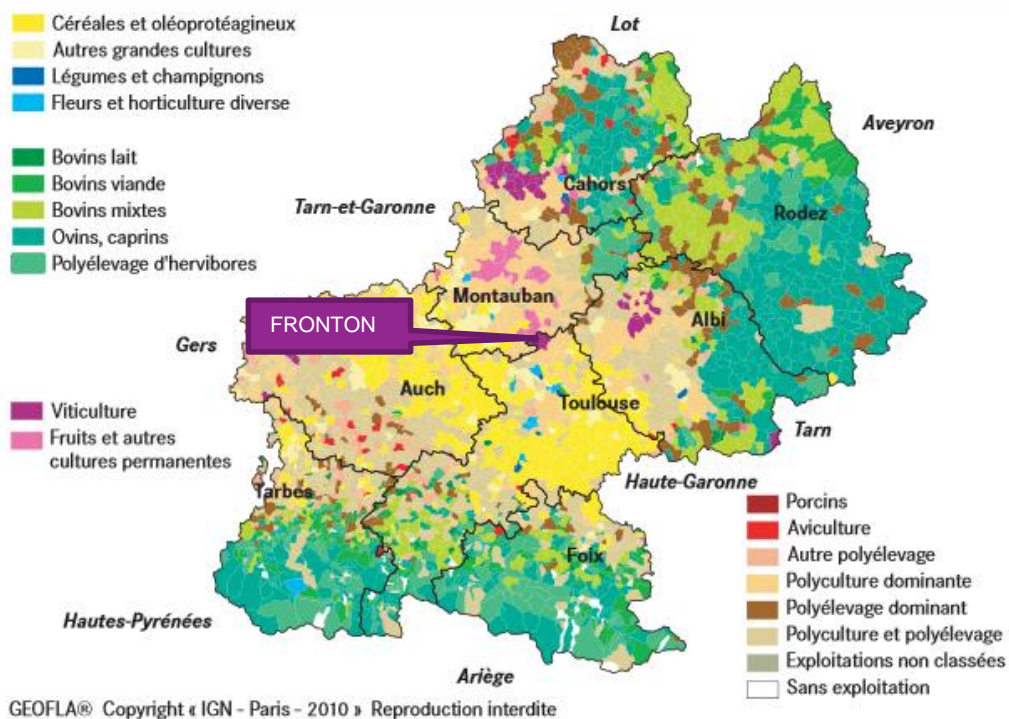
Annexe 5 : Augmentation des dépenses alimentaires par fournisseur entre 2011 et 2013

Etude achats alimentaires 2011/2013

FOURNISSEUR	CATÉGORIE	MONTANT 2013	MONTANT 2012	MONTANT 2011	Ecart 2013/2012	Poids / hausse budget
FRONTAL SAS	Autre	1 913,00 €	1 976,00 €	1 939,00 €	-3,19%	-0,19%
KERRY	Gélifiant	8 478,00 €	6 415,00 €	5 433,00 €	32,16%	6,38%
AU PALAIS DES DOUCEURS	Boulangerie	3 337,00 €	1 624,00 €	0,00 €		
BACCO	Boulangerie	3 676,00 €	3 883,00 €	4 360,00 €		
PESCAY	Boulangerie	4 002,00 €				
LE MITRON FRONTONNAIS	Boulangerie		2 326,00 €	3 548,00 €		
Sous-total	Boulangerie	11 015,00 €	7 833,00 €	7 908,00 €	40,62%	9,85%
EPI SAVEUR	Epicerie	20 178,00 €	14 143,00 €	11 349,00 €	42,67%	18,67%
TRANSGOURMET	Frais	51 713,00 €	48 812,00 €	49 761,00 €	5,94%	8,98%
FROMAFRUIT	Fruits conserves	4 359,00 €	2 570,00 €	125,00 €	69,61%	5,54%
TERRE AZUR	Fruits légumes	15 436,00 €	12 570,00 €	12 269,00 €	22,80%	8,87%
BRAKE	Surgelé	45 510,00 €	35 587,00 €	34 256,00 €	27,88%	30,70%
DAVIGEL	Surgelé	5 001,00 €	3 835,00 €	0,00 €	30,40%	3,61%
PASSION FROID - POMONA	Surgelé	23 275,00 €	22 756,00 €	19 583,00 €	2,28%	1,61%
NAUZE	Viande fraîche	221,00 €		201,00 €		
ABATTOIR BERNARD	Viande fraîche	5 252,00 €	4 477,00 €			
BIGARD	Viande fraîche		806,00 €			
UNI VIANDES	Viande fraîche	4 414,00 €	3 276,00 €	12 030,00 €		
Sous-total	Viande fraîche	9 887,00 €	8 559,00 €	12 231,00 €	15,52%	4,11%
CAVE DE FRONTON	Vin	5 144,00 €	4 533,00 €	5 531,00 €	13,48%	1,89%
TOTAL DES DEPENSES PRINCIPAUX FOURNISSEURS		201 909,00 €	169 589,00 €	160 385,00 €	19,06%	100,00%

Annexe 6 : Cartographie des productions agricoles de la région Midi-Pyrénées

Orientation technico-économique de la commune



Source : Agreste - Recensement agricole 2010

BOUCHILLOUX	Hélène	Décembre 2014
DESSMS Promotion 2013-2014		
Concilier l'amélioration de la qualité alimentaire et la recherche de la performance économique : une gageure ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Le directeur d'EHPAD se trouve aujourd'hui confronté à une injonction paradoxale : améliorer la qualité du service rendu à une population dont la prise en charge est de plus en plus lourde, à moyens constants, ce qui revient à « faire mieux avec moins ». La prestation de restauration, dont la qualité est souvent décriée en collectivité, est au cœur de cet enjeu.</p> <p>La qualité de la restauration est une composante essentielle de la qualité de vie, en EHPAD. Beaucoup plus qu'une simple prestation logistique, elle est un champ à part entière de la prise en soin et du projet personnalisé d'accompagnement. Elle est déterminante dans la préservation de la santé des personnes âgées en situation de fragilité et poly-pathologiques. Enfin, elle est un vecteur identitaire, culturel et social à préserver du mieux possible, dans un contexte institutionnel « dépersonnalisé », souvent lourd à vivre pour les personnes, en perte d'autonomie et contraintes d'entrer en établissement. La qualité de la restauration en EHPAD doit donc faire l'objet de toutes les attentions. Difficile à définir simplement et de manière synthétique, la qualité de la restauration fait l'objet de diverses recommandations, aucune d'entre elles ne parvenant à l'envisager dans sa globalité.</p> <p>Cette thématique est centrale dans la problématique identifiée à l'EHPAD/EHPA de Fronton où l'amélioration de la qualité nutritionnelle et alimentaire semble avoir généré une augmentation non maîtrisée des dépenses. Après avoir scruté les principaux axes d'amélioration mis en œuvre, l'analyse des coûts a permis de cerner, au moins partiellement, l'origine de la hausse du budget alimentaire et d'identifier tant les points forts que les points faibles de l'organisation à faire évoluer.</p> <p>Différentes pistes d'action sont proposées afin de poursuivre la dynamique d'amélioration de la qualité des repas proposés aux résidents. La mise en œuvre d'une politique d'approvisionnement de qualité en local est une des pistes approfondies. Toutefois, potentiellement génératrice de surcoût, sa mise en œuvre nécessite d'actionner tous les leviers possibles de maîtrise des coûts et d'optimisation des achats, afin de dégager de nouvelles marges de manœuvre.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Restauration en EHPAD, qualité alimentaire, qualité nutritionnelle, dénutrition, optimisation des dépenses alimentaires, maîtrise des coûts, performance économique, optimisation des achats, approvisionnement en local</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		