



EHESP

Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **15 septembre 2020**

LA RESTAURATION EN EHPAD

**Comment concevoir, mettre en œuvre et évaluer
une politique de restauration adaptée dans un
EHPAD ?**

Enora PREVOS

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été possible grâce à plusieurs personnes à qui je souhaite témoigner mon entière gratitude.

D'abord, je tiens à adresser toute ma reconnaissance à ma directrice de stage Madame Karine CHAUVEL, directrice de la Résidence du Changeon, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible. Elle m'a apporté conseils, éclairages et prises de recul pour cette réflexion. Une profonde gratitude pour la transmission de son expérience, son implication et sa sympathie durant la totalité de mon stage.

Ensuite, je souhaite remercier ma directrice de mémoire Madame Fatima YATIM-DAUMAS, enseignant-chercheur de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, pour sa disponibilité, son écoute et ses recommandations.

De plus, je tiens à remercier particulièrement les résidents et les professionnels de l'EHPAD pour leur participation et le temps accordé pour cette étude qui ont contribué largement à la réalisation de mon mémoire.

Aussi, j'aimerais remercier l'ensemble des professionnels de la Résidence pour leur accueil, leur bienveillance et les réponses apportées à mes interrogations.

Enfin, je tiens à adresser mes remerciements aux intervenants du master AMOS pour les enseignements dispensés ainsi qu'à mes collègues de promotion pour le partage de leurs expériences.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES ET POLITIQUE DE RESTAURATION EN EHPAD	3
1.1 L'alimentation des personnes âgées, un enjeu de santé publique.....	3
1.1.1 La dénutrition : un des principaux facteurs de fragilité de la personne âgée.....	3
A) Les facteurs de risque de la dénutrition.....	3
B) Les conséquences de la dénutrition.....	5
1.1.2 Des incidences financières de la dénutrition nécessitant une prise en charge précoce pour en limiter les impacts.....	6
A) Des conséquences médico-économiques non négligeables en termes de finances publiques.....	6
B) Mieux vaut prévenir que guérir : dépistage et prise en charge de la dénutrition	7
1.2 La restauration en EHPAD	9
1.2.1 Un levier d'amélioration de la qualité de la prestation servie aux résidents mais avec de multiples contraintes	9
A) La restauration : un pilier de la qualité de vie en institution	9
B) La restauration collective face aux contraintes individuelles	10
1.2.2 Des politiques de restauration différentes soumises aux mêmes contraintes organisationnelles	11
A) La diversité des politiques de restauration... ..	12
B) ... assujettie aux mêmes contraintes organisationnelles	14
1.3 Le cadre législatif de la politique de restauration en EHPAD.....	14
1.3.1 La rigueur de la réglementation dans la politique de restauration	15
A) Une réglementation sanitaire construite au fil du temps.....	15
B) Une réglementation environnementale à venir.....	16
1.3.2 La place de l'usager dans la politique de restauration.....	17
A) La participation sociale des résidents lors des CVS.....	18
B) La participation sociale des résidents par les questionnaires de satisfaction et les commissions menus	18
PARTIE 2 : INSTAURER UNE NOUVELLE POLITIQUE DE RESTAURATION EN EHPAD : ENJEUX, DEMARCHE ET RESULTATS.....	20
2.1 Terrain d'enquête et méthodologie.....	20
2.1.1 La Résidence du Changeon.....	20
A) Un EHPAD public territorial.....	20
B) Le service de restauration	21
2.1.2 Une méthodologie mixte.....	22
A) Entretiens semi-directifs du personnel	22

B)	Questionnaires de satisfaction des résidents	24
C)	Compléments d'informations tirés de données d'observation et de données secondaires.....	25
2.2	La conduite du projet de restauration.....	27
2.2.1	Un contexte improbable mais facilitateur pour des objectifs de qualité	27
A)	Une organisation historique mise à mal par la pandémie du COVID-19	27
B)	Des objectifs qualitatifs à destination des résidents et des acteurs de leur accompagnement.....	29
2.2.2	Une démarche participative et partenariale insufflée par la direction.....	31
A)	Une commande émanant de la direction	31
B)	Une conduite participative des agents.....	31
C)	Une démarche partenariale avec les résidents.....	33
2.3	Les effets de la nouvelle organisation de restauration.....	34
2.3.1	L'incidence sur la qualité de la prestation servie pour les résidents	34
A)	La satisfaction quant aux aspects gustatifs	35
B)	La satisfaction en termes d'organisation des temps des repas	36
C)	Les conséquences en termes de santé pour les résidents	38
2.3.2	L'incidence sur le fonctionnement de l'établissement	39
A)	Les conséquences sur l'organisation du travail.....	39
B)	La nécessité de la soutenabilité financière du projet à moyens constants	41
PARTIE 3 : INSTAURER UNE NOUVELLE POLITIQUE DE RESTAURATION EN EHPAD : LIMITES, DISCUSSION ET AXES D'AMELIORATION		
3.1 Les limites de l'étude		43
3.2 Analyse stratégique et discussion		44
3.2.1	Forces et opportunités tirées de l'analyse stratégique.....	44
A)	Les forces de la politique de restauration.....	44
B)	Les opportunités de la politique de restauration.....	45
3.2.2	Faiblesses et menaces tirées de l'analyse stratégique.....	46
A)	Les faiblesses de la politique de restauration	46
B)	Les menaces de la politique de restauration	48
3.3 Axes d'amélioration		48
3.3.1	Des améliorations possibles pour les professionnels	49
3.3.2	Des améliorations possibles pour le résident	49
3.3.3	Des pistes de réflexion pour la soutenabilité financière.....	50
CONCLUSION		51
BIBLIOGRAPHIE		53
LISTE DES ANNEXES		I

LISTE DES SIGLES UTILISES

AS : Aide-Soignant

ASG : Assistant de soins gérontologiques

ASH : Agent des Services Hôteliers

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CRPM : Code Rural de la Pêche Maritime

COFIL : COmité de PILotage

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes  g es Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GMP : Gir Moyen Pondéré

HT : Hors taxes

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice

IMC : Indice de Masse Corporelle

Med Co : Médecin Coordinateur

PMP : Pathos Moyen Pondéré

RTT : Réduction du Temps de Travail

SRC : Société de Restauration Collective

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique est un enjeu majeur pour nos sociétés. Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, les pays industrialisés font face au phénomène du baby-boom. La natalité augmente considérablement, et ce jusqu'aux années 1975. Depuis 2005, les premières générations du baby-boom se retirent de la population active et arrivent à l'âge de la retraite. Elles seront « aux portes de la grande vieillesse vers 2025 » (Monnier, 2007) et devraient disparaître à partir de 2040. Quant aux dernières générations du baby-boom, elles nécessiteront un accompagnement jusqu'aux années 2070 environ.

Dans les années à venir, les papy-boomers vont atteindre leur paroxysme. La proportion des 60 ans et plus va augmenter de 80%, passant de 10,4 millions en 2007 à 23,6 millions en 2060 (Blanpain, 2010). Les français de plus de 60 ans représenteront alors un tiers de la population française (Blanpain, 2010).

Face à ces prévisions conjoncturelles, il semble indispensable de penser un nouvel accompagnement de nos aînés en leur apportant des réponses adéquates aux problématiques qu'ils rencontrent.

L'alimentation des personnes âgées est un enjeu capital de santé publique. Que ce soit dans le vieillissement normal ou pathologique, la dénutrition est un des principaux facteurs de fragilité de cette population. Il s'agit d'un déséquilibre entre les besoins et les apports nutritionnels journaliers conduisant à des conséquences pernicieuses. Elle concerne 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38% des personnes en institution et jusqu'à 70% des sujets âgés hospitalisés (HAS, 2007). La dénutrition est comparable à une spirale (Ferry, 1993), un cercle vicieux dont les conséquences médico-économiques sont délétères pour l'individu et dont le poids financier est difficilement supportable pour la société. Il convient donc de prévenir au mieux ces situations.

En institution, les politiques de restauration sont riches et variées. Dernier plaisir des personnes âgées, l'alimentation est un levier de l'amélioration de la qualité soumis aux individualités des résidents, aux contraintes organisationnelles et aux législations sanitaires strictes.

Face à ces constats alarmistes, il convient de s'interroger sur ***comment concevoir, mettre en œuvre et évaluer une politique de restauration adaptée en EHPAD ?***

La première partie de cette étude consistera à faire un état des lieux, grâce à la revue de la littérature existante, de l'alimentation des personnes âgées, de ses enjeux, des spécificités rencontrées en établissement et des modalités de réalisation.

La deuxième partie s'intéressera à évaluer l'instauration d'une nouvelle politique de restauration à la Résidence du Changeon avec la conduite de ce projet, le contexte de mise en œuvre, les objectifs recherchés, les incidences pour les résidents, pour l'organisation du travail et pour la soutenabilité financière.

Enfin, la dernière et troisième partie analysera les limites et les résultats de l'étude pour proposer des axes d'amélioration et de pérennisation de la démarche.

PARTIE 1 : ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES ET POLITIQUE DE RESTAURATION EN EHPAD

Cette première partie s'attache à faire l'état des lieux de la littérature sur l'enjeu de santé publique de l'alimentation des personnes âgées (1.1), sur les politiques de restauration en EHPAD (1.2) et sur la législation en vigueur (1.3).

1.1 L'alimentation des personnes âgées, un enjeu de santé publique

L'alimentation des personnes âgées est un enjeu de santé publique. La dénutrition de la personne âgée est l'un des principaux facteurs de fragilité (1.1.1). Ses conséquences médico-économiques ont une incidence financière importante nécessitant une prise en charge précoce pour en limiter les impacts (1.1.2).

1.1.1 La dénutrition : un des principaux facteurs de fragilité de la personne âgée

« La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères.

Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités. Elle est également associée à une aggravation du pronostic des maladies sous-jacentes et augmente le risque de décès » (HAS, 2007).

La prévalence de la dénutrition des personnes vieillissantes est élevée. Elle concerne 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38% des personnes en institution et jusqu'à 70% des sujets âgés hospitalisés (HAS, 2007).

Pour saisir son mécanisme, il est judicieux d'explicitier les facteurs de risques (1.1.1.A) et ses conséquences (1.1.1.B).

A) Les facteurs de risque de la dénutrition

La dénutrition connaît des causes multiples qui peuvent être la conséquence d'un vieillissement normal avec des facteurs endogènes ou exogènes ou d'un vieillissement pathologique. De ce fait, *« les relations entre nutrition et vieillissement sont à double sens : la nutrition influence le vieillissement comme le vieillissement influence la nutrition » (Dr FERRY, 2013).*

Dans le vieillissement normal, le sujet peut connaître une anorexie liée à l'âge. Certains facteurs endogènes ou exogènes peuvent provoquer une perte de l'appétit concourant à la survenue de la dénutrition.

Les facteurs endogènes liés aux modifications de l'organisme avec l'âge induisent des changements de la perception notamment une diminution des sensations gustatives et olfactives. Les saveurs salées et sucrées sont celles les plus altérées (Dr PANAIT, 2017). De plus, des modifications physiologiques des fonctions gastro-intestinales peuvent engendrer une satiété précoce. Ces troubles de l'appétit mettent à mal les apports énergétiques journaliers minimaux et peuvent ainsi participer à la dénutrition.

Les facteurs exogènes du vieillissement peuvent être corrélés à des causes psycho-sociales et environnementales. La personne âgée connaît des périodes d'isolement social, de deuil, de difficultés financières, et de changement dans ses habitudes de vie avec une perte d'autonomie entraînant parfois le recours à une tierce personne à domicile ou en institution (HAS, 2007). Ces périodes provoquent « *une perte d'intérêt face aux choses de la vie en général, y compris pour l'alimentation* » (Dr PANAIT, 2017). Ces changements environnementaux majeurs pour l'individu concourent à une réduction de sa qualité de vie pouvant favoriser la survenue de la dénutrition avec une consommation alimentaire insuffisante.

Avec l'entrée dans le Grand Âge, certaines pathologies afférentes apparaissent et peuvent dégrader les apports énergétiques journaliers. Ces pathologies sont multiples et variées.

On peut citer les troubles bucco-dentaires. Les personnes âgées n'ont pas ou peu connu de suivis dentaires. Avec l'âge, elles connaissent des troubles bucco-dentaires avec un mauvais état dentaire. Ces troubles peuvent avoir des incidences sur la mastication et ainsi sur la prise alimentaire suffisante.

De plus, certaines pathologies neurodégénératives provoquent des problèmes de déglutition qui influent également sur l'alimentation. Les syndromes psychiatriques avec la dépression, les troubles du comportement ou encore certaines maladies neurodégénératives avec des phases de confusion dégradent la prise alimentaire et favorisent les dépenses énergétiques (mouvements incessants, déambulation) ce qui augmente le risque de dénutrition.

La dépendance pour les actes de la vie quotidienne notamment dans l'alimentation ou la mobilité, les affections aiguës entraînant des douleurs sévères, ou encore les régimes alimentaires restrictifs ont également un impact néfaste sur la consommation alimentaire avec une perte d'intérêt pour celle-ci.

Enfin, la polymédication, c'est-à-dire l'administration excessive de médicaments, peut aussi avoir des conséquences négatives. « *De nombreux médicaments prescrits régulièrement chez la*

personne âgée ont comme effets secondaires la xérostomie¹, des changements du goût, des nausées, la constipation, entre autres, et peuvent avoir même un effet direct sur l'appétit » (Dr PANAIT, 2017).

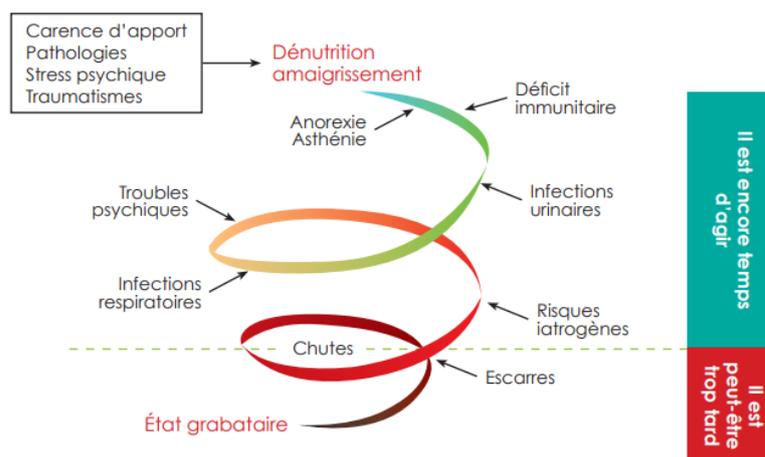
Qu'ils soient liés au vieillissement normal ou pathologique, à des causes endogènes ou exogènes, les facteurs de risque de la dénutrition sont multiples et les impacts de celle-ci ne sont pas sans conséquence.

B) Les conséquences de la dénutrition

« La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères » (HAS, 2007).

La carence d'apports nutritionnels engendre une perte de poids de la personne concernée. Cette insuffisance conduit à un état de fragilité favorisant la survenue de pathologies qui altèrent l'état de santé général. On parle alors de la spirale de la dénutrition (Dr FERRY, 1993) qui se traduit par des épisodes pathologiques de plus en plus fréquents et longs. « La dénutrition est également associée à une augmentation du risque d'infection nosocomiale, de perte d'autonomie, de risque de chutes, d'une hospitalisation prolongée, ainsi que de toxicité de la chimiothérapie et de l'espérance de vie » (PETIT et al, 2017).

La spirale de la dénutrition, Docteur Monique FERRY (1993) :



La multiplicité des conséquences augmente le risque de morbidité de 2 à 6, provoque une perte d'autonomie et une diminution de la qualité de vie importante (MOBIQUAL, 2013).

On observe alors : « une altération de l'état général avec un amaigrissement et une fatigue ; une diminution de la masse musculaire, de l'activité physique et augmentation du risque de chute et de

¹ Sècheresse buccale provoquée par un manque ou une absence de salive.

fracture du col du fémur ; une aggravation de la perte osseuse par carence en calcium et en vitamine ; des troubles digestifs, stase digestive et constipation, ou diarrhée ; une aggravation du pronostic des pathologies sous-jacentes ; un risque de toxicité accrue de certains médicaments [...] ; une diminution de la réponse immunitaire d'où des infections respiratoires, urinaires, et autres ; une anémie [...] ; des risques cutanés : escarres, troubles de la cicatrisation ; une dégradation des fonctions cognitives, aggravation d'une apathie, d'un syndrome dépressif ; une augmentation du nombre d'hospitalisations et durée d'hospitalisation multipliée par 2 à 4 » (MOBIQUAL, 2013). Le risque de mortalité est alors multiplié par 2 à 4 (MOBIQUAL, 2013).

Outre ces aspects pour la personne âgée elle-même, ce cercle vicieux, parfois irréversible, conduit à des conséquences médico-économiques non négligeables pour la société et nécessite donc une vigilance toute particulière avec un dépistage et une prise en charge précoce.

1.1.2 Des incidences financières de la dénutrition nécessitant une prise en charge précoce pour en limiter les impacts

Les conséquences médico-économiques de la dénutrition des personnes âgées pèsent sur les finances publiques (1.1.2.A). Son dépistage et sa prise en charge précoce concourent à en limiter les impacts (1.1.2.B).

A) Des conséquences médico-économiques non négligeables en termes de finances publiques

Les conséquences de la dénutrition détaillées ci-dessus (1.1.1.B) sont multiples et relèvent notamment de l'augmentation de la dépendance, des chutes et des fractures, de l'apparition d'escarres, des infections nosocomiales, de l'augmentation de la durée moyenne de séjour à l'hôpital et de la mortalité. Toutes ces conséquences ont des incidences économiques importantes. Ces incidences sont logiques si l'on analyse la spirale de la dénutrition bien que peu de données de la littérature nous éclairent sur celles-ci. Les données explicitées ci-dessous sont tirées du recueil d'actions pour l'alimentation pour établissements pour personnes âgées dépendantes élaboré par le Ministère et de l'Agriculture et celui des Affaires Sociales le 14 avril 2017.

D'abord, l'augmentation de la dépendance et donc de la charge en soins liée à la dénutrition induisent une surveillance alimentaire accrue avec un suivi des ingestas et une aide à l'alimentation. Ces aspects engendrent une charge de travail supplémentaire pour les équipes dont des surcoûts salariaux qui pèsent sur l'établissement.

L'augmentation de l'apparition des chutes et fractures, quant à elle, induit un surcoût de 15 000€ par épisode. A cela, il faut ajouter les frais de rééducation qui s'en suivent et la charge de travail inhérente à la perte de mobilité de la personne pour les professionnels.

Ensuite, le coût de la prise en charge des escarres est de 15 000 à 60 000€ par épisode puis de 15 à 80€ par jour pour les pansements qui sont requis pendant un à six mois selon la gravité de l'escarre. Le prix des soins en eux-mêmes varie donc de 15 465€ à plus de 74 640€ dans les situations les plus complexes. Il faut encore ajouter le temps de travail afférent de trente minutes de soins par jour et la charge de travail supplémentaire liée à la perte temporaire de mobilité de la personne. Ces temps de travail supplémentaires sont réalisés au détriment de l'accompagnement des autres résidents.

En outre, la dénutrition provoque l'augmentation des infections nosocomiales. Le coût d'une infection respiratoire est estimé à 200€ auxquels il faut ajouter des coûts complémentaires relatifs au prix des examens nécessaires et au temps consacré par les équipes.

Dans les situations les plus délétères, une hospitalisation est nécessaire. La dénutrition augmente aussi la durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital de 40 à 60%. Cela engendre un surcoût d'hospitalisation estimé à 30% avec une hausse des recours à de nouvelles prescriptions antibiotiques ou médicamenteuses y compris pour les compléments nutritionnels oraux (CNO) de près de 20%. Il faut noter que les CNO coûtent en moyenne 3 à 5€ par jour par résident.

Enfin, la dénutrition provoque une augmentation de la mortalité et de la morbidité. Il est observé que l'incidence des complications augmente de 60 à 200%, que le risque de ré-hospitalisation à quinze jours est multiplié par deux, et que les épisodes infectieux connaissent une hausse de 65%. L'augmentation de la mortalité, elle, est multipliée par 3 à 4.

Ces aspects médico-économiques pèsent sur le budget de l'établissement et plus largement sur les finances publiques. Plutôt que devoir guérir et subir ces surcoûts liés à la prise en charge des conséquences de la dénutrition, il est plus judicieux de prévenir ces situations grâce à un dépistage précoce et un accompagnement adapté.

B) Mieux vaut prévenir que guérir : dépistage et prise en charge de la dénutrition

La dénutrition est un cercle vicieux aux conséquences délétères et aux incidences financières lourdes pour la société et pour les établissements. Il est donc pertinent de dépister de façon précoce la dénutrition pour faciliter sa prise en charge et en limiter les conséquences négatives.

Il est conseillé pour les sujets âgés de réaliser un dépistage au moins une fois dans l'année chez un médecin de ville, à l'admission et une fois par mois en institution et à chaque

hospitalisation (HAS, 2017). « *L'évaluation du risque de dénutrition chez le sujet âgé repose sur : la recherche de situations à risque de dénutrition ; l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires ; la mesure du poids ; l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur ; le calcul de l'indice de masse corporelle. Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire comportant au minimum la recherche de situations à risque de dénutrition et le poids, tel que le Mini Nutritional Assessment (MNA)² » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).*

Pour le diagnostic d'une pathologie de dénutrition modérée, la présence des critères suivants, isolés ou cumulatifs, est nécessaire : **la perte de poids**, celle-ci doit être inférieure ou égale à 5% de la masse corporelle en un mois ou 10% en six mois ; **l'indice de masse corporelle (IMC)** IMC inférieur à 21 permet de diagnostiquer une personne âgée en dénutrition ; **l'albuminémie** identifiée à partir d'une prise de sang, celle-ci doit être inférieure à 35 g/L ; **le MNA global** doit être inférieur à 17.

Si la perte de poids est inférieure ou égale à 10% de la masse corporelle en un mois ou 15% en six mois, l'IMC inférieur à 18 et l'albuminémie inférieure à 30g/L, alors la dénutrition est à un stade sévère qui nécessite une prise en charge nutritionnelle rapide puisqu'elle est « *associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité* » (HAS, 2017).

La prise en charge nutritionnelle peut être de trois ordres : **orale** par une aide à la prise alimentaire et un régime nutritionnel enrichi avec des aliments naturellement hypercaloriques et éventuellement avec des CNO ; **entérale** c'est-à-dire une alimentation introduite directement dans le tube digestif ; **parentérale** grâce une alimentation introduite dans l'organisme par une autre voie que le tube digestif. Cette dernière technique est réservée aux situations où le tube digestif n'est plus fonctionnel et doit être encadrée dans un service spécialisé.

Le choix de la prise en charge nutritionnelle dépend du niveau d'apports alimentaires spontanés et de la sévérité de la dénutrition et des pathologies connues. Le protocole nutritionnel nécessite l'avis du malade ou de son entourage lorsque celui-ci manque de discernement. Dans certaines situations, la prise en charge orale peut être complétée par la prescription de micronutriments. La population âgée est souvent en déficit de vitamines B, C, D et de calcium. La prise en charge de la dénutrition requiert un suivi et une réévaluation de façon régulière par un spécialiste tel qu'un diététicien.

« *Les recommandations des Plans nationaux nutrition santé (PNNS) 1 et 2 visent à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition. Conformément à*

² « *Il s'agit d'un questionnaire de 18 items, avec un score total maximal de 30 points. Il a été développé spécifiquement pour dépister la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Un score total inférieur à 23,5 indique un risque institutionnel, un score inférieur ou égal à 17 permet de faire le diagnostic de la dénutrition* » (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

la culture alimentaire française, ils associent à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité » (PETIT et al, 2017).

« Parce qu'un bon état nutritionnel contribue à limiter les pathologies liées au vieillissement et à maintenir l'autonomie, une alimentation diversifiée et adaptée, associée à une mobilité régulière et au maintien du lien social, participe au maintien de la qualité de vie et à la réussite du vieillissement » (Dr FERRY, 2013).

Compte tenu de l'importance de l'alimentation chez les personnes âgées et ses liens avec l'environnement de vie, la politique de restauration en EHPAD est donc centrale. Il convient donc d'en faire l'état des lieux.

1.2 La restauration en EHPAD

La restauration en institution pour personnes âgées dépendantes est un levier d'amélioration de la qualité de la prestation servie aux résidents. Elle est toutefois l'objet de multiples contraintes (1.2.1). En outre, les politiques de restauration sont différentes d'une structure à une autre mais elles connaissent les mêmes impératifs organisationnels (1.2.2).

1.2.1 Un levier d'amélioration de la qualité de la prestation servie aux résidents mais avec de multiples contraintes

La restauration collective en EHPAD est un enjeu pour la qualité de vie (1.2.1.A) qui connaît des spécificités individuelles (1.2.1.B).

A) La restauration : un pilier de la qualité de vie en institution

L'alimentation a une valeur hédonique d'autant plus en France, pays reconnu pour sa gastronomie³. En France, pour 92% de la population, manger est un plaisir⁴. « Manger est un réel plaisir, celui que l'on conserve le plus longtemps » (ANAP, 2011). Le temps des repas en EHPAD constitue l'un des derniers moments de plaisir des personnes âgées dépendantes. Ces temps de restauration rythment leurs journées et permettent des moments de sociabilité durant le repas mais aussi en dehors lorsqu'ils échangent avec les autres résidents, leurs familles ou le personnel sur ce qu'ils ont ou vont manger.

³ La gastronomie Française est reconnue au patrimoine immatériel de l'Humanité

⁴ Selon une « enquête réalisée en ligne par l'institut Harris Interactive du 9 au 15 novembre 2010. Echantillon de 1001 individus issus de l'access panel Harris Interactive, représentatifs de la population française âgée de 18 ans et plus. Méthode des quotas et redressement appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé et taille d'agglomération ».

https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-le-plaisir-et-l'alimentation-sondage-harris-interactive-pour-la-fondation-nestle-france/

La restauration en EHPAD revêt une importance majeure tant pour les besoins physiologiques avec une attention particulière pour limiter les situations de dénutrition et ses conséquences délétères pour le résident que pour le plaisir apporté, composante essentielle du bien-être (Ministères de l'Agriculture et des Affaires Sociales, 2017).

Améliorer ces temps avec une alimentation de bonne qualité, avec des goûts tenant compte du passé culinaire du résident, avec une présentation et des textures adaptées permet d'augmenter la prise alimentaire du résident et ainsi de préserver son autonomie. « *Il importe également d'encourager la socialisation à travers le partage (convivialité, locaux, repas à thème, de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, produits du terroir), et la transmission des savoirs et des traditions alimentaires* » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005). Travailler sur ces aspects permet d'améliorer la qualité de la prestation servie au résident, et ainsi sa qualité de vie au sein de l'institution.

Toutefois, même si l'établissement met un point d'honneur à l'amélioration de la prestation restauration pour le résident, il se heurte de façon inéluctable à des contraintes individuelles qui ne sont pas toujours en phase avec la restauration collective.

B) La restauration collective face aux contraintes individuelles

La restauration collective en EHPAD est au service du résident. Pourtant, il existe un paradoxe entre restauration collective et individualité. En effet, les contraintes de l'organisation collective imposent au résident de se plier aux règles de vie de collectivité : l'heure et les lieux de repas sont définis et doivent être respectés sauf dans des situations dérogatoires souvent liées à des problématiques de santé du résident notamment lorsque celui-ci est contraint de rester alité. De ce fait, même si les EHPAD sont en recherche constante de l'individualisation de la prise en charge du résident, les contraintes organisationnelles du collectif vont à l'encontre de ce principe.

La singularité des publics accueillis nécessite une adaptation permanente de l'équipe cuisine. Elle doit composer avec les spécificités alimentaires et les aversions de chacun tout en respectant les apports nutritionnels journaliers. Ces aspects sont travaillés en équipe pluridisciplinaire lors des commissions menus (1.3.2.B).

Parmi les particularités alimentaires, l'équipe doit être formée à la réalisation des plats avec des régimes spéciaux et/ou des textures modifiées. En ce qui concerne les régimes spécifiques, il existe quatre principaux régimes :

- « **Le régime diabétique** avec la suppression du sucre (sauf pour le gâteau du dimanche) et avec une répartition de légumes verts et de féculents à chaque repas.
- **Le régime sans sel** comprend la suppression du sel dans la cuisine, du pain salé et des aliments resalés sauf le fromage.

- Le régime **sans résidus larges** comprend la suppression des légumes secs, du chou, des salsifis et des crudités.
- Le régime **sans gluten** exclut de façon stricte le gluten qui est une protéine contenue dans le blé, le seigle, l'orge, l'avoine et de tous les aliments pouvant contenir ces céréales même en très petites quantités » (ANAP, 2011).

En ce qui concerne les textures modifiées, il n'existe pas de consensus. Certains établissements les évitent au maximum tandis que d'autres y ont recours massivement. « Pour répondre aux difficultés de mastication et/ou déglutition, il est parfois nécessaire d'adapter la texture des aliments. On distingue les textures suivantes : **texture liquide** : l'alimentation est fluide, prise au biberon, au verre ou à la paille ; **texture mixée** : la texture est homogène, avec viande et légumes de consistance épaisse ; ils peuvent être soit mélangés, soit séparés dans l'assiette ; **texture moulinée** : la viande est moulinée, les légumes sont moulinsés ou non si très tendres ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette ; **texture moulinée fin** : la viande est moulinée (granulométrie 0,3), de même que les légumes ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette ; **texture hachée** : la viande seule est hachée sauf si l'élément protidique est tendre » (ANAP, 2011).

De plus, le manger main (Finger Food) est de plus en plus développé dans les EHPAD. « Ce concept a été formalisé par le Pr. Charles Henri Rapin au sein d'une unité de gériatrie du canton de Genève en Suisse » (SINI, 2019). Il s'agit d'un dispositif adapté aux personnes dépendantes ne pouvant plus manger avec des couverts. L'objectif est de leur proposer l'ensemble des composantes du repas sous formes de bouchées qui peuvent être mangées directement avec les mains. Le Finger Food et notamment les formations afférentes pour les équipes cuisine se développent de plus en plus. L'objectif est de préserver l'autonomie de la personne pour la prise du repas tout en prenant en compte ses singularités alimentaires (textures, régimes).

L'ensemble des spécificités individuelles sont des contraintes supplémentaires pour l'équipe cuisine qui rend la restauration collective en EHPAD singulière et adaptée à l'individu.

La restauration collective dans le médico-social, et notamment dans les EHPAD, connaît des politiques différentes qui sont néanmoins soumises à des contraintes organisationnelles similaires.

1.2.2 Des politiques de restauration différentes soumises aux mêmes contraintes organisationnelles

Les politiques de restauration au sein des EHPAD sont multiples et peuvent être articulées autour de l'internalisation ou de l'externalisation du service restauration et de la sectorisation des services (1.2.2.A). Toutefois, même si les politiques de restauration sont différentes, elles sont soumises à des contraintes organisationnelles similaires (1.2.2.B).

A) La diversité des politiques de restauration...

La prestation de la restauration en EHPAD s'articule autour de la conception des repas au service des résidents. Pour cela, la gestion de l'achat et des stocks de denrées alimentaires et la préparation des textures et régimes spécifiques permettent de fournir les apports nutritionnels des résidents. Le respect des protocoles d'hygiène est aussi indispensable.

Les politiques de restauration des EHPAD s'établissent autour de la restauration directe ou différée, de « *faire seul, de faire avec ou de faire faire* » (ANAP, 2015). De plus, quelles que soient les modalités de réalisation de la restauration, certains EHPAD optent pour une organisation sectorielle des services.

La restauration directe se distingue de la restauration différée par ses modalités de réalisation. En effet, les plats sont préparés sur place et sont servis directement après leur réalisation.

A l'inverse, la restauration différée n'est pas réalisée sur place et doit donc suivre des règles sanitaires de liaison froide ou liaison chaude. Peu importe le type de liaison, des équipements de transports réfrigérés ou chauds sont requis. L'avantage de la liaison chaude, c'est que les produits peuvent être dégustés directement après leur arrivée sur site tandis que ceux de la liaison froide nécessiteront d'être réchauffés (ANAP, 2015).

En ce qui concerne les modalités pour faire seul, il s'agit d'une politique d'autogestion souvent internalisée à la structure.

« L'établissement assure la maîtrise de la production et de la distribution des repas. Il investit dans l'outil de production et son maintien en état. La production peut être réalisée directement sur site ou décentralisée (cas fréquent pour les établissements dépendant d'un centre hospitalier). D'après l'observatoire des EHPAD de KPMG (avril 2014), la majorité des EHPAD publics du panel a opté pour une restauration dont il assure seul la production (81%) » (ANAP, 2015). Les établissements ruraux internalisent souvent la politique de restauration puisque peu de sociétés collectives de restauration sont présentes sur leur territoire ce qui rend moins efficiente la mise en concurrence. Les avantages du faire seul consistent notamment en la maîtrise totale de la gestion des processus et des apports nutritionnels. Cependant, cela requiert la formation régulière des professionnels pour répondre aux exigences législatives des publics accueillis et la gestion des ressources humaines et financières.

Les modalités de faire avec correspondent à une mutualisation des moyens avec d'autres établissements ou collectivités pour permettre un « *partage des moyens, (de diminuer) les coûts d'investissement et de production, ainsi que des risques liés à un défaut d'approvisionnement ou à une défaillance de production* » (ANAP, 2015).

Enfin, le faire-faire ou l'externalisation correspond à la sous-traitance partielle ou totale de la production alimentaire par une société de restauration collective.

Les intérêts sont de répondre, grâce à l'intervention de professionnels spécialisés, « à l'exigence de la qualité des repas, de s'adapter aux contraintes et besoins nutritionnels des résidents, de maîtriser et de mesurer la qualité des prestations offertes, de se décharger de la responsabilité de la maîtrise sanitaire et du respect des règles d'hygiène lors du processus de production des repas » (DASSONVILLE, 2010).

Il existe différents types de services externalisés. D'abord, **la sous-traitance traditionnelle** pour laquelle « la cuisine est externalisée complètement selon un périmètre qui varie selon les clients (cuisine seule, cuisine et vaisselle ; cuisine, vaisselle et service en salle à manger) » (DASSONVILLE, 2010). Ensuite, **le suivi de la gestion et de l'encadrement** mais sans reprise du personnel qui reste salarié de l'établissement. L'objectif est de permettre un accompagnement et des conseils dans la gestion et la maîtrise de la restauration avec un suivi des coûts, des formations, des besoins nutritionnels et des procédures d'hygiène. Enfin, **la livraison de repas** qui sont préparés par un sous-traitant dans des cuisines centralisées. Cette option est notamment utilisée pour les établissements ne disposant pas de cuisine interne.

« Cela permet d'apporter l'expertise d'un prestataire spécialisé et de niveler les aléas mais engendre un coût de production généralement supérieur » (ANAP, 2015).

Certains établissements sont organisés par secteur, on parle alors de sectorisation de la prise en charge. Les résidents sont regroupés par ailes ou services en petits groupes, ils partagent alors les repas ensemble mais peuvent profiter des animations communes à l'ensemble des résidents. Cette politique a des intérêts multiples pour les professionnels et les résidents.

Concernant les professionnels, cette pratique permet une rationalisation de leur temps de travail et ainsi une meilleure productivité. Ils sont affectés à un « service », n'ont plus de déplacements excessifs à réaliser ce qui permet de concentrer leur temps sur l'accompagnement des résidents. De plus, moins de résidents sont sous leur responsabilité. Ainsi, ils peuvent se concentrer davantage sur la relation aidant-aidé avec une connaissance approfondie des résidents. Cela participe à redonner du sens au travail de soignant en gérontologie.

Pour les résidents, ces pratiques sont aussi bénéfiques puisqu'elles permettent l'amélioration de leur prise en charge, tant sur la qualité que la quantité, avec des professionnels reconnus et référents du service. La sectorisation de leur service concerne moins de résidents, ainsi ils vivent dans un cadre rassurant réellement considéré comme un lieu de vie où ils partagent des moments avec des résidents en nombre restreint.

Les politiques d'organisation des EHPAD en matière d'organisation sont multiples et variées mais celles-ci connaissent des contraintes organisationnelles communes.

B) ... assujettie aux mêmes contraintes organisationnelles

Quelle que soit la politique de restauration choisie par l'établissement, les acteurs doivent respecter un schéma similaire. En effet, la restauration en EHPAD est composée de quatre à cinq temps : le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner et éventuellement la collation nocturne.

Autrefois, le petit-déjeuner était servi de façon hospitalière à heure fixe sans respecter le rythme du résident. Désormais, ce temps prend en compte les individualités de chacun, les équipes le servent soit dans la chambre du résident soit en salle de restauration lorsque le résident est prêt.

Pour limiter les effets de l'isolement, le déjeuner, lui, est servi de manière collective en salle de déjeuner. Certains établissements adoptent une politique de sectorisation des temps (1.2.2.B).

Selon les structures, le goûter et le dîner se font selon des modalités différentes : ils peuvent être pris de façon collective ou individuelle. Le déjeuner doit prendre en compte au minimum cinq composantes (entrée, plat du jour, garniture, fromage/laitage, dessert/fruits) et le dîner quatre.

Le service est réalisé par une équipe hôtelière composée d'ASH et d'aides-soignants pour les aides aux repas des résidents les plus dépendants.

Ces moments sont organisés autour du respect du temps. Le temps des repas doit être minimum de trente minutes pour le petit-déjeuner et le goûter, d'une heure pour le déjeuner et de quarante-cinq-minutes pour le dîner. Un temps de jeun de trois heures entre chaque repas et de douze heures maximum la nuit doit être respecté (MOBIQUAL, 2013).

D'un point de vue financier, pour être soutenable, le poids de la restauration doit être compris entre 8 à 9% de la dotation globale de l'établissement (DASSONVILLE, 2010). Le prix de revient doit osciller autour « *14,26€ par jour, le coût des denrées représente environ un tiers du coût total, soit 4,73€* » (Le mensuel des maisons de retraite, 2019). Ce prix de revient afférent à la section hébergement des charges d'exploitation prend en compte différents éléments : le prix des denrées alimentaires, les besoins énergétiques (eau, électricité), les amortissements du matériel de cuisine et le coût de la masse salariale.

Enfin, la restauration collective, qu'elle soit interne ou externe à la structure, doit respecter une réglementation stricte et complexe dans sa mise en œuvre (1.3.1).

1.3 Le cadre législatif de la politique de restauration en EHPAD

Le cadre législatif de la restauration collective prend en compte les réglementations sanitaires strictes imposées à l'organisation (1.3.1) mais aussi la participation sociale du résident (1.3.2).

1.3.1 La rigueur de la réglementation dans la politique de restauration

Les risques sanitaires sont nombreux dans la restauration collective ce qui induit une réglementation stricte pour protéger le consommateur (1.3.1.A). De plus, la législation s'étend pour privilégier des produits plus sains (1.3.1.B).

A) Une réglementation sanitaire construite au fil du temps

La vigilance sanitaire est historique et trouve sa place dès la fin du XIX^e siècle avec les travaux de Louis PASTEUR sur la pasteurisation pour la conservation des aliments. Les grandes crises alimentaires, notamment celle de la vache folle en 1986, ont fait émerger une législation sanitaire stricte pour faire face à des enjeux de santé publique de protection du consommateur. La première directive notable est celle de la réglementation de l'hygiène des denrées alimentaires dans la restauration collective⁵. La méthode HACCP⁶ émerge alors et régit notamment la restauration collective en EHPAD. « *La Fédération Européenne de Restauration Collective définit la démarche HACCP 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 » »* (ANESM, 2018). Elle s'intéresse à trois classes de dangers (biologiques, chimiques, et physiques) selon sept principes :

- 1) *« identifier tout danger qu'il y a lieu de prévenir, d'éliminer ou de ramener à un niveau acceptable;*
- 2) *identifier les points critiques aux niveaux desquels un contrôle est indispensable pour prévenir ou éliminer un danger ou pour le ramener à un niveau acceptable;*
- 3) *établir, aux points critiques de contrôle, les limites critiques qui différencient l'acceptabilité de l'inacceptabilité pour la prévention, l'élimination ou la réduction des dangers identifiés;*
- 4) *établir et appliquer des procédures de surveillance efficace des points critiques de contrôle;*
- 5) *établir les actions correctives à mettre en œuvre lorsque la surveillance révèle qu'un point critique de contrôle n'est pas maîtrisé;*
- 6) *établir des procédures exécutées périodiquement pour vérifier l'efficacité des mesures visées aux points 1) à 5); et*
- 7) *établir des documents et des dossiers en fonction de la nature et de la taille de l'entreprise pour prouver l'application effective des mesures visées aux points 1) à 6) »* (ANESM, 2018).

La démarche HACCP doit satisfaire les obligations de résultats en termes d'hygiène et de traçabilité.

⁵ CE n°93/43/ CEE du Conseil du 14 juin 1993, relative à l'hygiène des denrées alimentaires, JOCE n°L 175 du 19/07/1993 p. 0001 à 0011.

⁶ HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point (=méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments)

Ces règlements sanitaires sont stricts et complexes. L'ANESM a élaboré un guide pratique « *sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP (en l'état actuel de la législation)* » en mars 2018 pour accompagner les structures dans cette démarche réglementaire.

De nombreuses directives existent et se succèdent. Elles sont rassemblées dans le « Paquet Hygiène ». Celui-ci reprend quatre obligations réglementaires pour la restauration collective en EHPAD : le règlement 178/2002 relatif aux obligations en matière de traçabilité ; le règlement CE n°852/2004 relatif aux règles générales d'hygiène, le règlement CE n°854/2004 relatif aux règles spécifiques d'hygiène et le règlement CE n°2073/2005 modifié par le CE n°2073/2005 relatif aux critères microbiologiques.

Enfin, le plan de maîtrise sanitaire (PMS) est un document obligatoire pour les établissements médico-sociaux depuis 1^{er} janvier 2006. « *Le plan de maîtrise sanitaire décrit les mesures prises par l'établissement pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire de ses productions vis-à-vis des dangers biologiques, physiques et chimiques.*

Il comprend les éléments nécessaires à la mise en place des exigences suivantes (par des procédures), ainsi que les preuves de l'application de ces mêmes exigences (par des enregistrements) :

- *Les bonnes pratiques d'hygiène (instructions relatives à l'hygiène), incluant les pré-requis (plan de nettoyage-désinfection, plan de lutte contre les nuisibles...).*
- *Le plan d'analyse des dangers et des points critiques pour leur maîtrise (plan HACCP) fondé sur les 7 principes HACCP retenus par le règlement (CE) n°852/2004.*
- *La gestion des produits non conformes et de la traçabilité » (Préfet de la Meuse, 2013) ».*

Ces obligations « historiques » vont très prochainement être complétées par des obligations environnementales.

B) Une réglementation environnementale à venir

La loi « EGALim »⁷ prévoit l'accès à tous à une alimentation plus saine, sûre et durable notamment avec une action ciblée sur la restauration collective. Cet objectif est également repris dans le Programme national pour l'alimentation (2019-2023). L'article 24 de la loi EGALim codifié aux articles L. 230-5, L. 230-5-1 et L. 230-5-2 du Code Rural de la Pêche Maritime met en avant la nécessité pour la restauration collective d'introduire au moins 50 % de produits de qualité et durables dont au moins 20% de produits biologiques au 1er janvier 2022. Les produits de qualité

⁷ Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous

et durables sont définis comme des produits avec des « *signes officiels d'identification de la qualité et de l'origine (SIQO) ou des mentions valorisantes suivants : le Label rouge, l'appellation d'origine (AOC/AOP), l'indication géographique (IGP), la Spécialité traditionnelle garantie (STG), la mention « issu d'une exploitation à Haute Valeur Environnementale » (HVE), la mention « fermier » ou « produit de la ferme » ou « produit à la ferme », uniquement pour les produits pour lesquels existe une définition réglementaire » (Conseil National de la Restauration Collective, 2020). Que ce soit des produits labellisés ou biologiques, la part en pourcentage correspond au montant total des achats hors taxes. Par exemple, « pour 100 € d'achats de produits alimentaires, au moins 20 € doivent correspondre à l'achat de produits biologiques et au moins 50 € au total à des produits entrant dans le décompte des 50 % » (Conseil National de la Restauration Collective, 2020).*

Ces aspects doivent contribuer à l'amélioration de la prestation servie aux résidents en EHPAD tout en préservant la production française. De plus, un impact environnemental non négligeable est mis en avant dans cette loi notamment avec l'interdiction d'avoir recours à des ustensiles à usage unique en plastique pour l'échéance du 1er janvier 2020. Enfin, on peut penser que cette démarche aura nécessairement un surcoût pour l'achat des denrées alimentaires. La loi prévoit en contrepartie une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire dans les restaurants collectifs. En effet, la loi « EGALim » prévoit « d'imposer la réalisation d'un diagnostic préalable à la démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire incluant l'approvisionnement durable » et « de rendre publics leurs engagements en faveur de la lutte contre le gaspillage alimentaire, notamment les procédures de contrôle interne qu'ils mettent en œuvre en la matière »⁸.

Ces aspects imposent une législation stricte en faveur du consommateur. En outre, la loi prévoit également des dispositions pour la participation de l'utilisateur dans la politique de restauration en EHPAD.

1.3.2 La place de l'utilisateur dans la politique de restauration

La participation sociale de l'utilisateur est affirmée notamment dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La section 2 de cette loi est d'ailleurs consacrée aux droits des usagers. Son article 10 repris dans l'article L311-6 du code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise qu'« afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation [...] » (1.3.2.A). Les autres formes de participation peuvent être des questionnaires de satisfaction ou des réunions de groupes tels que les commissions des menus (1.3.2.B).

⁸ Article 88 Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous

A) La participation sociale des résidents lors des CVS

La loi 2002-2 sera précisée par la suite avec le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article L. 311-6 du CASF. L'article 14 du décret précise que : « *le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, [...]* » et l'article 19 que « *la participation prévue à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles peut également s'exercer :*

- *par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;*
- *par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;*
- *par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par le présent décret ».*

La politique de restauration est une thématique abordée lors des CVS. La législation en vigueur précise que le CVS est composé de représentants des usagers, des représentants des familles et des membres du personnel. Ces conseils se réunissent au moins trois fois dans l'année. Les EHPAD accueillent du plus en plus de personnes dépendantes aux facultés de discernement largement altérées ce qui interroge la pertinence et l'effectivité des CVS.

B) La participation sociale des résidents par les questionnaires de satisfaction et les commissions menus

L'article 19 présenté ci-dessus évoque la possibilité de mettre en place des questionnaires de satisfaction pour recueillir la participation sociale des résidents ou d'organiser des groupes d'expression. La politique de restauration est travaillée à ce titre, par des questionnaires préalables de satisfaction relatifs à la restauration pour recueillir les avis et écueils des résidents puis retravaillée lors des commissions des menus.

Les commissions des menus, bien que non reconnues législativement, sont de plus en plus présentes dans les EHPAD et sont régies par de nombreuses recommandations gouvernementales. « *L'objectif de cette commission est de valider les menus proposés aux résidents, en s'assurant qu'ils sont équilibrés, adaptés et cohérents avec le fonctionnement de l'établissement (respect du budget, organisation des tâches en cuisine, respect des goûts et désirs des résidents lorsqu'ils sont*

réalisables pour tous...) » (Ministères de l'Agriculture et des Affaires Sociales, 2017). Elle permet un temps d'échanges entre les acteurs de la restauration, du soin, les dirigeants, et les usagers pour améliorer la qualité de la prestation servie tout en respectant les besoins nutritionnels et se réunit *a minima* trois fois dans l'année.

L'alimentation de la personne âgée est un jeu de santé publique mais aussi un enjeu médico-économique. Pour les établissements accueillant des publics âgés à l'image des EHPAD, cet enjeu est central. Les politiques de restauration sont donc complexes car elles doivent répondre à des exigences individuelles selon les besoins de chaque résident mais elles sont aussi soumises à des contraintes communes car il s'agit de lieux de vie en collectivité. Face à ces constats, il convient de s'interroger sur ***comment concevoir, mettre en œuvre et évaluer une politique de restauration adaptée en EHPAD ?***

Cette deuxième partie s'intéressera à évaluer une nouvelle politique de restauration mise en place à la Résidence du Changeon. Nous nous intéresserons à la démarche de conduite de ce projet, au contexte de mise en œuvre, aux objectifs recherchés, aux incidences pour les résidents, pour l'organisation du travail et pour la soutenabilité financière.

La démarche adoptée dans le cadre de la nouvelle politique se base sur les hypothèses suivantes :

- La qualité gustative des repas doit concourir à l'amélioration de la qualité des prestations de restauration notamment avec la diminution des situations de dénutrition au sein de l'EHPAD, la baisse du gaspillage alimentaire et donc une meilleure satisfaction des résidents.
- La réorganisation de la restauration doit prendre en compte la volonté du résident, doit favoriser la qualité du temps des repas avec un cadre plus silencieux, des espaces dédiés selon le type de repas, des horaires adaptés et des agents identifiés ce qui doit contribuer à une meilleure satisfaction des résidents.
- Travailler des produits frais et réaliser des préparations maison devraient augmenter le prix de revient du repas par rapport à celui de 2019. Toutefois, cela devrait améliorer la qualité gustative des produits et donc réduire le gaspillage alimentaire. La réduction du gaspillage alimentaire devrait compenser le surcoût des matières premières et permettre une soutenabilité financière à moyens constants.
- La réorganisation de la restauration engendre une organisation différente du temps de travail : cet aspect doit permettre une meilleure productivité du temps de travail notamment au profit de l'augmentation du temps de prise en charge effective du résident.
- La réorganisation des postes avec des postes purement hôteliers doit permettre de faciliter l'adaptation des saisonniers au poste pour que l'accompagnement des résidents soit plus fluide et donc que la satisfaction soit meilleure.

PARTIE 2 : INSTAURER UNE NOUVELLE POLITIQUE DE RESTAURATION EN EHPAD : ENJEUX, DEMARCHE ET RESULTATS

Cette deuxième partie s'intéresse à l'instauration d'une nouvelle politique de restauration à la Résidence du Changeon. Nous nous attacherons à décrire et analyser la démarche (2.2) et les résultats pour la qualité de la prestation servie (2.3) et pour l'organisation (2.4).

2.1 Terrain d'enquête et méthodologie

2.1.1 La Résidence du Changeon

La Résidence du Changeon est un EHPAD public territorial (2.1.1.A) qui dispose de son propre service de restauration (2.1.1.B).

A) Un EHPAD public territorial

La Résidence du Changeon est un établissement public territorial non autonome, non doté de la personnalité morale. Elle est gérée par le CCAS de la commune de Livré-sur-Changeon (35 340) et présidée par le Maire Monsieur FRAUD. La structure a ouvert ses portes le 1^{er} avril 1976. A partir de 1981, elle s'est progressivement médicalisée pour le devenir entièrement en 2003. Des travaux d'aménagement ont lieu à partir de 2006 et en 2013, une aile Alzheimer pour dix résidents ouvre. Aujourd'hui, l'EHPAD accueille cinquante résidents (Projet d'établissement, 2016-2020).

Les dernières données épidémiologiques du rapport d'activité 2019 nous indiquent que la population accueillie est composée de 71% de femmes et 29% d'hommes. Leur moyenne d'âge est de 83 ans et 11 mois.

L'établissement connaît un taux d'occupation de 98,98%. Bien qu'en baisse (99,44% en 2018), ce taux est supérieur à la moyenne nationale (97,1%) des EHPAD relevant du même statut juridique (CNSA, 2019). Le taux de rotation, c'est-à-dire le taux de renouvellement des résidents, est lui de 28%. La durée moyenne de séjour (DMS), quant à elle, est de 3 ans, 5 mois et 5 jours. La population accueillie est d'origine rurale, presque la moitié des résidents (47%) est originaire d'une commune située à moins de 15 kms de Livré sur Changeon. Le Gir Moyen Pondéré (GMP), niveau moyen de dépendance des résidents, est de 738 et le Pathos Moyen Pondéré (PMP), niveau moyen de charge en soins des résidents, a été validé en 2016 à 182. Ces chiffres sont importants au regard des données nationales. En effet, en France en 2017, le GMP est de 717 et le PMP de 203, ces chiffres sont même portés à 687 et 191 pour les EHPAD publics rattachés à un CCAS (CNSA, 2019). Les personnes accueillies relèvent donc d'un fort degré de dépendance et souffrent notamment de troubles démentiels (80% des résidents), de troubles chroniques du comportement (78% des résidents) ou encore d'états anxieux (49% des résidents).

La Résidence emploie de façon permanente 48 agents. Parmi ces personnels, 19 sont contractuels (39,58% des effectifs) dont 9 sur des emplois permanents, 9 pour pallier les besoins de remplacement et 1 en emploi aidé. 29 agents travaillent à temps complet (60,4% des effectifs), 10 à temps partiel (20,83% des effectifs), 5 à temps non complet (10,42% des effectifs) et 4 sont en absence pour longue maladie (8,33% des effectifs). Les équivalents temps pleins (ETP) sont de 34,20 autorisés mais de 43,35 rémunérés. Cette différence s'explique notamment par la présence dans les effectifs de 4 agents absents pour longue maladie mais aussi par la nécessité de remplacer les absences légales telles que les congés payés ou les formations.

Le tableau suivant dresse le pourcentage des ETP par filière au sein de la Résidence avec une comparaison à la moyenne nationale dressée par la CNSA en 2019.

Tableau 1 : Pourcentage d'ETP par filière

FILIERE	RESIDENCE DU CHANGEON		MOYENNE NATIONALE
	Nb ETP	% ETP	CNSA
Administration	2,6	7,6%	4,6%
Animation	0,8	2,4%	1,8%
I.D.E	3	9,1%	10,9%
Aides-soignantes	15	43,2%	41,5%
A.S.H	8	23,5%	31,2%
Services généraux	3,5	10,3%	6,6%
Auxiliaires médicaux	0,5	1,5%	1,3%
Psychologue	0,3	0,9%	0,9%
Médecin Coordinateur	0,4	1,2%	0,9%
Pharmacien hygiéniste	0,1	0,3%	0,3%
TOTAL	34,2 ETP	100%	100%

Le taux d'encadrement de la structure est en corrélation avec la moyenne nationale.

L'établissement promeut trois principes d'action forts qui sont : préserver l'individu dans la collectivité, promouvoir l'individu dans la cité et placer le soin au service de la vie des résidents (Projet d'établissement, 2016-2020).

B) Le service de restauration

L'EHPAD propose une cuisine traditionnelle confectionnée sur place par deux cuisiniers qui prennent en compte les envies et besoins des résidents exprimés lors des commissions-menus. Une diététicienne veille à l'équilibre alimentaire tout en favorisant le plaisir de la table. En 2019, le service a préparé 54 696 repas (Rapport d'activité, 2019).

L'organisation des repas est différente entre le service EHPAD et le service unité protégée. L'unité protégée à un fonctionnement autonome et est donc exclue d'emblée de l'étude de la nouvelle politique de restauration.

En ce qui concerne la restauration de l'EHPAD, celle-ci est organisée autour de quatre à cinq temps :

- Le **petit-déjeuner** est distribué à partir de 7h45 et jusqu'à 10h15. Il peut être pris soit en chambre ou alors dans les salons des zones d'hébergement selon les souhaits du résident.
- Le **déjeuner** est servi à 12h en salle de restauration. Depuis la nouvelle organisation, les aides aux repas ont lieu dans la salle d'animation du rez-de-chaussée.
- Le **goûter** est pris à 15h45 dans le salon d'animation ou en chambre.
- Le **dîner** est servi en chambre à 17h45 pour les personnes déjà couchées et nécessitant une aide aux repas du fait de leur état de santé ou à 18h30 pour les autres résidents. Auparavant, les dîners avaient lieu en salle à manger mais depuis la nouvelle organisation, ils sont servis soit en chambre soit dans les petits salons des zones d'hébergement.
- Une **collation** est proposée à certains résidents la nuit.

Au cas par cas, en raison de l'état de santé du résident ou de sa volonté, l'ensemble des repas peut être pris en chambre.

L'étude de la politique de restauration au sein de la Résidence du Changeon est élaborée autour d'une méthodologie mixte pour permettre l'analyse de l'ensemble des acteurs présents dans un EHPAD : les résidents, les salariés et la direction et les principaux domaines concernés : l'organisation, les ressources humaines et les finances.

2.1.2 Une méthodologie mixte

Dans le cadre de l'étude de la nouvelle politique de restauration au sein de la « Résidence du Changeon », le choix méthodologique s'est porté sur une méthode mixte comprenant différentes sources : des entretiens semi-directifs auprès du personnel (2.1.2.A), une enquête qualitative de satisfaction par des questionnaires de satisfaction auprès des résidents(2.1.2.B), des données issue de l'observation participante et non participante (temps formels et informels) et des données secondaires (documents institutionnels) (2.1.2.C).

A) Entretiens semi-directifs du personnel

Pour le versant personnel, des entretiens qualitatifs ont été effectués. Le choix de l'échantillonnage a porté une attention particulière à la diversité des profils enquêtés. Les personnes interrogées relèvent des fonctions propres à l'organisation de l'EHPAD. Ont été interrogés : la directrice, le responsable de restauration, le médecin coordonnateur, l'infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC) qui exerce également la fonction d'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), la diététicienne, l'ergothérapeute, deux IDE, trois aides-soignants (AS) de jour, un aide-soignant de nuit, un assistant de soins gériatriques (ASG), trois agents des services hôteliers (ASH).

Au total, seize entretiens ont été menés soit un peu moins d'un tiers du personnel présent sur l'établissement. Le tableau synoptique (Annexe 3, p.VI) recense la population enquêtée. Pour des raisons de confidentialité, les personnes sont identifiées par « *Enquêté 1* », jusqu'à « *Enquêté 16* ». Parmi les interrogés, six personnes relèvent de l'équipe encadrante et technique et neuf de l'équipe de soins et d'hébergement. De ce fait, deux questionnaires légèrement différents ont été élaborés (Annexes 1 et 2, p. II et IV). Le guide d'entretien de l'équipe dite encadrante se veut semi-directif pour laisser l'expression libre à l'enquêté tant sur ses interprétations que sur son expérience tandis que pour le guide d'entretien de l'équipe de soins et d'hébergement, même si celui-ci reste semi-directif certaines questions orientent le discours pour encourager la fluidité de l'échange tout en répondant à la problématique posée.

Le choix de la technique de l'entretien semi-directif s'explique par les objectifs de l'enquête. La nature de l'entretien est déterminée par le degré de directivité : directif, semi-directif ou non directif, sachant que « *moins l'entretien est directif et plus l'acteur participe à la production du sens, tant dans la forme, les associations d'idées, que dans le fond, le contenu du discours* » (Juan, 1999).

Pour permettre « *une attitude empathique, centrée sur le discours de la personne* » (Juan, 1999) et la retranscription fidèle des propos de l'interviewé, les entretiens ont été enregistrés. La passation d'entretien requiert le respect de règles déontologiques comme la garantie de l'anonymat de l'enquêté et la confidentialité des propos. Ces règles essentielles ont été respectées dans notre enquête et rappelées à l'enquêté lors de l'introduction de l'entretien.

Pour instaurer un climat de confiance, le guide d'entretien est progressif et structuré autour de thèmes principaux. Six thèmes ont ainsi été retenus pour répondre à la problématique :

- **Thème 1 : Talon sociologique** : ce thème est positionné au début de l'entretien pour faciliter la conduite de l'entretien, permettre notamment de poser des questions de relance adaptées au profil de l'intéressé, et instaurer un climat de confiance.
- **Thème 2 : Connaissances et compréhension de la démarche** : l'objectif de ce thème est de mesurer le degré de connaissance de la nouvelle politique de restauration. La question du sens est recherchée.
- **Thème 3 : Acceptabilité, adhésion et implication dans le projet** : ce troisième thème se focalise sur les perceptions et le degré d'engagement de l'enquêté pour permettre notamment de mettre en lumière certains dysfonctionnements de la démarche.
- **Thème 4 : Impacts et changements perçus** : ce thème permet d'évaluer l'impact de la politique de restauration sur les comportements des résidents mais aussi l'organisation du travail des agents.

- **Thème 5 : Difficultés rencontrées et réponses apportées** : l'objectif est de mettre en lumière des difficultés rencontrées qui ne sont pas toujours résolues et qui pourront orienter les recommandations.
- **Thème 6 : Perspectives** : ce thème permet, de façon participative, d'ouvrir l'échange sur des points d'amélioration ou de vigilance.

L'entretien s'achève sur une question ouverte pour permettre l'expression libre à l'enquêté et une ouverture potentielle sur d'autres thématiques.

Pour affiner l'analyse qualitative, vingt questions identifiées et fermées ont été ajoutées au guide d'entretien du personnel. Elles sont identifiées par « % » dans les questionnaires (Annexe 2, p. IV). L'objectif est d'obtenir des indicateurs quantitatifs pour compléter l'analyse qualitative. Avec sa position de chef d'orchestre de la démarche, la directrice a été exclue de cette analyse quantitative.

Outre la passation d'entretiens aux professionnels, une partie questionnaire de satisfaction s'intéresse à la satisfaction des résidents vis-à-vis de la prestation de restauration.

B) Questionnaires de satisfaction des résidents

L'étude de la nouvelle politique de restauration de la « Résidence du Changeon » porte sur l'évaluation de la prestation servie aux résidents et ses impacts sur les volets organisationnels et financiers. Toutefois, l'objectif consiste aussi à évaluer les impacts de la nouvelle politique sur la satisfaction des résidents. A ce titre, il est intéressant d'interroger les résidents de l'EHPAD. L'enquête se déroule en deux temps : avant (février 2019, février 2020) et après (juillet 2020) la modification de la politique de restauration moyennement deux questionnaires légèrement différents (Annexes 4 et 5, p. VII et IX).

En février 2019 et février 2020, des questionnaires de satisfaction portant sur la restauration ont été administrés. La personne en charge des questionnaires de satisfaction au sein de l'EHPAD est l'animatrice. Le questionnaire existant s'articule autour de trois thématiques :

- **Thème 1 : Le talon sociologique** : cette thématique s'intéresse au genre de la personne, à son âge, sa durée de séjour et à son niveau de dépendance. Ces aspects ont pour intérêt d'éclairer les réponses des participants.
- **Thème 2 : La qualité gustative** : cette thématique interroge les aspects relatifs aux quantités servies, à la qualité gustative des plats, à la diversité des menus, à la température des repas, à leur présentation et à la prise en compte des habitudes alimentaires.

- **Thème 3 : L'organisation des repas** : cette thématique sonde l'appréciation des résidents concernant les horaires, les lieux des repas, l'aide apportée durant le repas, le respect du rythme et la possibilité de prendre le repas avec ses proches.

Chaque thématique regroupe entre cinq et six sous questions (Annexe 4, p.VII). Parmi ces onze questions, elles sont toutes fermées à choix multiples et offrent comme choix de réponse « satisfait », « peu satisfait » et « pas satisfait ». A ces trois items, s'ajoutent « ne sait pas », « non concerné » et « ne comprend pas ». L'item « ne sait pas » signifie que la personne a peut-être compris la question mais qu'elle n'est pas en mesure de répondre du fait notamment de sa dépendance. A côté, des questions quantitatives, les commentaires éventuels des résidents pour chaque question sont notés et pris en compte.

Avec la modification du projet de restauration, il est donc judicieux d'interroger de nouveaux les résidents sur les mêmes aspects de façon à comparer les résultats aux anciens obtenus pour déterminer si la satisfaction des résidents est supérieure. Une thématique supplémentaire est ajoutée :

- **Thème 4 : La nouvelle organisation des repas** : cette thématique questionne notamment le fait d'avoir été sollicité pour la mise en place de la nouvelle organisation, la satisfaction relative à la présence en salle de restauration des cuisiniers lors du déjeuner, le fait de pouvoir choisir le lieu du dîner, ou encore le fait de préférer ou non la nouvelle organisation.

Dans cette dernière thématique, trois questions sont sous le même format que les précédentes et deux questions sont à choix fermées dichotomiques (Annexe 5, p. IV). La passation des questions a eu lieu la semaine du 20 juillet 2020. Vingt-huit personnes ont été interrogées. L'EHPAD compte cinquante résidents mais onze sont exclus de l'enquête car ils relèvent de l'unité protégée avec un fonctionnement autonome, cinq sont récemment arrivés dans l'établissement et pour sept personnes leur niveau de dépendance ne leur permet pas de répondre aux questions.

Outre les aspects relatifs aux entretiens semi-directifs des agents et des questionnaires de satisfaction des résidents, il est nécessaire de compléter l'enquête grâce à des données d'observation et des données secondaires.

C) Compléments d'informations tirés de données d'observation et de données secondaires

La nouvelle politique de restauration doit prendre en compte l'analyse de l'ensemble des sphères relatives à la direction de l'EHPAD. Celles-ci relèvent de la qualité des prestations servies et de la satisfaction du résident qui sont au cœur de la prise en charge, de l'organisation du travail mais aussi des aspects relatifs à la soutenabilité financière. Pour permettre une étude

approfondie, il est donc essentiel d'affiner l'analyse avec des éléments provenant de données d'observation (temps formels et informels) et de données secondaires (documents institutionnels).

Concernant les temps formels, ceux-ci peuvent provenir de réunions du comité de pilotage (COPIL), de réunions débriefings, ou de réunions d'équipes.

D'abord, les COPIL ont lieu une fois par mois. Ces temps permettent une réflexion concertée autour de projets organisationnels. Une journée de travail a notamment eu lieu le mardi 9 juin pour définir les modalités, les actions et les outils de la nouvelle organisation de restauration. Ce groupe de travail a réuni l'équipe encadrante avec la directrice, le médecin coordonnateur, l'IDEC et le responsable de restauration mais aussi l'équipe de soins avec une IDE, deux aides-soignants et deux agents des services hôteliers.

Ensuite, différents temps de débriefings ont eu lieu. En effet, la nouvelle organisation a été pensée de façon distanciée par rapport au terrain. Une fois la mise en place concrète de cette organisation le mardi 16 juin 2020, des adaptations ont dû être pensées pour répondre aux réalités du terrain. Ces temps de débriefings ont été opérés entre l'équipe encadrante composée notamment de la directrice et de l'IDEC et entre l'équipe hôtelière et de restauration.

Enfin, les réunions d'équipe ont lieu tous les jeudis après-midis et sont organisées par l'IDEC et le médecin coordonnateur. Selon les thématiques abordées, il arrive que la directrice soit également présente. Ces réunions ont pour objectifs d'échanger sur l'organisation des services, sur les problématiques du quotidien et sur les difficultés rencontrées. Face à la nouvelle organisation de la restauration, ces temps de réunion hebdomadaires ont permis notamment d'évoquer les dysfonctionnements rencontrés et d'adopter les ajustements organisationnels nécessaires.

Outre les temps d'échanges formels, les temps informels participent également à l'étude de la nouvelle politique de restauration. En effet, durant les jours et semaines suivant la mise en place effective de la nouvelle organisation, les agents sont venus spontanément voir l'équipe de direction pour soulever des points d'ajustements. Quand ce ne sont pas les agents qui nous sollicitent, c'est l'équipe de direction qui les interroge sur les plus-values ressenties ou les difficultés rencontrées. Les saisonniers ont notamment pu être interrogés de cette manière pour connaître leur adaptation aux postes hôteliers. Ces aspects, bien qu'informels, contribuent à la conduite du projet de restauration et son analyse.

Enfin, l'analyse des documents institutionnels contribue également à la méthodologie d'enquête. En effet, dans le respect de la confidentialité des informations, les dossiers des résidents nous éclairent sur le degré de dépendance des résidents et peuvent donc nuancer l'absence de réponses de certains aux questionnaires de satisfaction. La diététicienne possède également différents outils de suivis alimentaires qui sont des indicateurs concernant la santé

alimentaire des résidents. Le rapport d'activité nous éclaire notamment sur le service restauration avec les coûts engagés pour l'année 2019. Les documents de contrôle budgétaire, eux, permettent de déterminer si les coûts du service restauration ont connu une augmentation par rapport à l'année antérieure. Les comptes rendus de travaux de groupes, notamment relatifs à la restauration et l'utilisation de produits frais de proximité, sont des friches d'informations que nous ne pouvons écarter. Depuis le début de l'année 2020, un audit sur le gaspillage est réalisé au sein de l'établissement. Les suivis des pesées alimentaires sont donc des indicateurs nous permettant de connaître la tendance actuelle.

L'analyse de ces documents concoure donc à affiner l'étude de la nouvelle politique de restauration.

La méthodologie mixte composée de l'analyse des entretiens semi-directifs du personnel de l'EHPAD, des questionnaires de satisfaction du service de restauration des résidents et de l'apport des données d'observation et des données secondaires a pour intérêt de décrire et d'analyser de manière fine la conduite du projet de restauration de la « Résidence du Changeon » et les répercussions de cette nouvelle politique de restauration. Nous présentons dans ce qui suit les résultats de nos analyses.

2.2 La conduite du projet de restauration

La conduite du projet de restauration a été mise en place suite à en enchainement d'évènements facilitateurs (2.2.1). Elle a pour objectif principal l'amélioration de la qualité vie pour les résidents et la qualité de vie au travail pour les agents (2.2.2). Cette démarche a été conduite de façon participative avec les salariés et les résidents bien que la commande émane de la direction (2.2.3).

2.2.1 Un contexte improbable mais facilitateur pour des objectifs de qualité

Le contexte de la pandémie du COVID -19 a mis à mal l'organisation historique de l'EHPAD concernant la restauration (2.2.1.A) mais a aussi facilité les changements organisationnels au profit de l'amélioration de la qualité de la restauration tant pour les résidents que pour les agents (2.2.1.B).

A) Une organisation historique mise à mal par la pandémie du COVID-19

La volonté de changer l'organisation de la restauration au sein de l'EHPAD est historique. Il convient de décrire les éléments qui mènent à ces modifications.

D'abord, sur la partie organisationnelle, l'établissement a vécu une réorganisation complète du travail dans le cadre de la révision de l'accord RTT en 2015. Des groupes de travail

avec l'ensemble des agents de la « Résidence du Changeon » ont été réalisés sur les trois derniers mois de l'année 2015. L'objectif était de rationaliser les journées de travail en passant de huit heures à sept heures et demies de travail effectif pour la quasi-totalité des postes ce qui sous entendait d'améliorer la productivité du temps de travail tout en conservant la qualité des prestations servies. Les agents ont donc participé aux réflexions lors des groupes de travail sur les nouveaux modes d'organisation et sur les fiches de postes. Cette organisation a été effective au début de l'année 2016.

Au cours des discussions, il avait été évoqué de rationaliser et d'optimiser les moyens existant notamment lors des repas pour le soir. La réflexion était alors de faire dîner les résidents dans les salons des zones d'hébergement et ainsi de limiter les transferts inutiles vers la salle de restauration située à l'extrême opposé mais aussi de s'adapter aux mieux aux habitudes de vie des résidents par rapport à leur vie antérieure. Les agents, dont certains étaient initiateur de la réflexion, ont très vite été convaincus par l'idée et un consensus a été trouvé. Cependant, les réalités pratiques et notamment le manque de moyens du fait de l'absence d'un chariot chauffant de restauration pour la distribution des repas ont mis en suspens ce projet. A l'époque, face aux nombreux changements organisationnels, cette idée avait finalement été laissée de côté.

De plus, lors du deuxième trimestre de l'année 2018, le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine a proposé aux établissements médico-sociaux de les accompagner vers une démarche de restauration en circuit court, en produits à valeur ajoutée et biologiques en lien avec la prochaine loi EGAlim. Ce travail avait été mené par le Conseil Départemental peu de temps avant notamment pour la restauration des collectifs scolaires gérés par celui-ci. Le Conseil Départemental souhaitait donc accompagner en ce sens les établissements médico-sociaux qu'il finance et leur faire profiter de son expérience. La directrice de la Résidence a participé à quatre groupes de travail autour de la rédaction des cahiers des charges des marchés publics pour être dans le cadre législatif tout en incluant les critères indispensables à la qualité gustatives des denrées, des modalités d'approvisionnement, du gaspillage alimentaire relatif aux produits conventionnels ou encore de la soutenabilité financière de la démarche. Face aux réflexions menées, l'idée a progressivement germé d'autant plus que l'établissement connaissait beaucoup de contestations de la part des résidents sur ce que le service restauration proposait. Ce projet avait pour intérêt d'améliorer la satisfaction des résidents et ainsi la qualité de la prestation.

A l'issue, la directrice a donc commencé un travail d'allotissement en reprenant l'ensemble des factures de 2018 pour identifier le budget alloué pour chaque catégorie d'aliments et cibler celles qui pourraient relever d'un approvisionnement en circuit court. Ce travail a été perpétué pour l'année 2019 avec comme objectif d'obtenir le recul suffisant sur deux exercices comptables pleins pour une mise en place effective pour l'année 2020.

Pourtant, le projet a été mis à l'arrêt puisque l'équipe cuisine s'est dissoute à la fin de l'année 2019. Lors du recrutement du nouveau responsable restauration, la finalité avancée était de travailler des produits biologiques, labellisés et à valeur ajoutée pour améliorer la prestation restauration et entrer dans les clous futurs de la loi EGalim. Cette volonté est partagée par la nouvelle équipe restauration arrivée au début de l'année 2020.

Parallèlement, le Conseil Départemental a proposé un audit sur le gaspillage alimentaire pour éventuellement dégager des mannes financières pour autofinancer cette nouvelle façon de s'approvisionner. La qualité gustative des aliments n'étant pas nécessairement au rendez-vous, beaucoup de denrées étaient jetées. Cet audit a commencé début d'année 2020.

Entre temps, le COVID-19 a mis un frein au projet d'approvisionnement en circuit court. Avec le confinement en chambre, la pandémie a imposé à l'établissement de mettre en place rapidement une nouvelle organisation des repas avec un service en chambre le matin, le midi et le soir dès le mardi 31 mars. Des leçons ont été tirées de cette obligation et l'établissement a saisi cette opportunité pour amorcer de nouveau une réflexion autour de l'organisation du service de restauration.

Ce contexte inédit a permis la mise en œuvre du projet de restauration réfléchi en interne depuis des années dans un objectif d'amélioration de la qualité.

B) Des objectifs qualitatifs à destination des résidents et des acteurs de leur accompagnement

La politique de restauration connaît des intérêts multiples relatifs à la qualité de la prestation servie au résident et à l'organisation du travail et au cadre législatif de la loi EGalim prochainement en vigueur.

Les entretiens avec les agents montrent que les raisons de cette politique de restauration sont majoritairement connues des personnes. Sur les quinze personnes interrogées statistiquement, treize ont pu me citer les deux premiers objectifs. Concernant le troisième, il s'agit d'un caractère législatif dont ils n'ont pas encore connaissance. Deux personnes ne connaissaient aucune raison, la première est un membre de l'équipe de nuit et la seconde une personne dernièrement arrivée dans l'établissement.

D'abord, la satisfaction des résidents quant à la prestation servie est un objectif majeur de la démarche. En améliorant le service restauration, la qualité sera supérieure et l'intérêt du résident tout autant. Le service restauration comprend deux volets : le caractère gustatif des menus servis et l'organisation des repas. Le contexte nous éclaire sur les difficultés rencontrées avec l'ancienne équipe restauration. Certains agents ont confié avoir « honte » de servir les plats

aux résidents, que le potage n'était que « de la poudre avec beaucoup d'eau », ou encore qu'ils avaient « baissé les bras pour demander des adaptations alimentaires ». Ces écueils portaient préjudice de façon majeure au résident.

Les finalités avancées à la nouvelle équipe de restauration étaient donc d'améliorer drastiquement ces aspects notamment en utilisant des produits frais. Les résidents proviennent majoritairement d'un milieu rural où ils dégustaient les produits de leur jardin. L'intérêt est donc de se rapprocher au maximum de ce qu'ils ont connu avant leur entrée en établissement.

Le volet organisationnel imposait aux résidents de dîner en salle de restauration le soir. L'architecture étendue de l'établissement infligeait aux résidents des déplacements importants de leurs zones d'hébergement vers le lieu de restauration alors même que certaines de ces personnes vulnérables sont fatiguées le soir. De plus, dîner en collectivité induit un niveau sonore important alors que certaines personnes sont habituées à la solitude. L'objectif est donc aussi de respecter le rythme de l'usager en ne lui imposant plus les repas avec un collectif important le soir et en se rapprochant de leur chambre. L'idée est donc de les faire dîner au plus près de leurs secteurs d'hébergement et surtout qu'ils aient le choix pour dîner en salon en comité restreint ou alors dans leur chambre.

Ensuite, la productivité du temps de travail des agents au service d'une prise en charge plus individualisée du résident est un autre objectif prédominant de la démarche. Comme évoqué ci-dessus, l'architecture de bâtiment génère des transferts importants des résidents lors des repas. Des agents ont révélé que le temps de ces transferts pouvaient atteindre jusqu'à une heure et demie et représentaient jusqu'à deux kilomètres deux cent de marche. Ces temps contre-productifs ne profitent pas à la prise en charge du résident. L'objectif est donc de limiter ces temps de transfert inutiles et profiter de ce gain pour en faire profiter directement le résident. Consacrer davantage de temps à l'accompagnement constructif du résident permet également d'améliorer la qualité de sa prestation.

Enfin, l'établissement a pour objectif de se mettre en conformité avec les objectifs de la loi EGALim qui rentrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020 (1.3.1.B). Cette obligation législative influe directement sur le caractère gustatif des plats proposés et donc la qualité de la prestation servie au résident.

Ces objectifs qualitatifs ont été conduits de façon participative et partenariale avec l'ensemble des acteurs : la direction, les agents mais aussi les résidents.

2.2.2 Une démarche participative et partenariale insufflée par la direction

Bien qu'amorcé par la direction (2.2.2.A), le projet de restauration a été conduit de manière participative et partenariale par l'ensemble des acteurs impliqués : les agents (2.2.2.B) mais aussi les résidents (2.2.2.C).

A) Une commande émanant de la direction

Comme évoqué dans le contexte de cette politique de restauration, la commande provient de la direction notamment avec une première tentative lors de la révision de l'accord RTT en 2015 et avec le vent nouveau engendré par les groupes de travail sur les services de restauration en circuit court organisés par le Conseil Départemental en 2018.

Ce projet émane donc de la direction face aux constats évoqués mais aussi du fait de la contrainte organisationnelle imposée par la pandémie du COVID. En effet, la mise en place de la nouvelle organisation du service restauration s'est déroulée en deux étapes : elle a d'abord été contrainte par arrêté gouvernemental le 31 mars 2020 puis, face aux retours positifs de cette organisation, la direction a saisi cette opportunité pour mettre en place ce qui n'avait pas pu être fait cinq ans plus tôt. La deuxième étape a donc été travaillée lors du plan de reprise de l'activité fin mai. Cette décision organisationnelle a été annoncée courant mai aux équipes ce qui a permis de solliciter les agents avant d'organiser une réunion formelle fixant les modalités le mardi 9 juin.

B) Une conduite participative des agents

La réussite d'un projet nécessite d'user d'une conduite participative des acteurs pour favoriser leur implication et leur adhésion.

Lors du confinement, et de l'organisation *in extremis* de la distribution des repas en chambre le mardi 31 mars, l'équipe direction composée de la directrice, de l'IDEC et du responsable cuisine s'est réunie pour fixer les modalités de mise en œuvre. Dans les jours qui suivirent, la direction et l'IDEC ont été très présentes sur le terrain pour voir la mise en pratique du service en chambre, identifier les difficultés et trouver des solutions le cas échéant. Très vite, les retours ont été positifs de la part des agents qui avançaient le fait de ne plus courir le soir pour transférer en masse les résidents des zones d'hébergement vers la salle de restauration située à l'extrême opposé et ainsi de pouvoir optimiser ce temps pour se recentrer sur le résident. Lors du plan de retour à l'activité, il a donc été décidé de maintenir cette organisation plus individualisée le soir. Parmi les personnes interrogées, douze personnes confirment avoir été sollicité pour la mise en place de la nouvelle organisation du service restauration. Certains l'ont été de façon informelle, d'autres de façon formelle notamment lors du COPIL organisé le mardi 9 juin ou encore lors de la réunion d'équipe du jeudi 25 juin.

L'arrivée de la nouvelle équipe cuisine début d'année 2020 a été un élément facilitateur pour la nouvelle organisation. Spontanément, le chef de restauration a changé les modalités de confection des repas. Alors que l'ancienne équipe cuisine utilisait majoritairement des produits transformés ou congelés, le responsable cuisine a d'emblée repris la production alimentaire à partir de produits frais. Selon ce dernier, l'ancienne organisation ressemblait davantage à une restauration de type « cantine » avec le service sur des chariots, il n'avait jamais connu ce principe. Il souhaitait, en plus d'améliorer la qualité gustative des aliments, proposer un service se rapprochant davantage d'un restaurant et ainsi faire progresser la qualité de la prestation servie aux résidents. Dynamique, le responsable de restauration a su rapidement s'adapter aux contraintes imposées par la pandémie et en tirer les leçons pour proposer des axes d'amélioration pour la nouvelle organisation. Il s'est alors placé en leader de la démarche. En échangeant de façon informelle ou formelle avec les agents notamment sur la charge de travail de l'organisation restauration et en concertation avec la diététicienne, l'IDEC et certains agents hôteliers et aides-soignantes, il a donc identifié des axes de travail.

Ensuite, ces axes ont été proposés, discutés et organisés en COPIL le mardi 9 juin. Cette réunion a duré toute la journée et réuni la directrice, le responsable cuisine, le médecin coordonnateur, l'IDEC, un IDE, deux aides-soignantes et deux agents des services hôteliers. Les personnes présentes lors de ce COPIL ne sont pas les personnes habituelles mais celles directement impactées par l'organisation du service restauration, pour trouver de façon concertée, des réponses adaptées aux problématiques de terrain. Les modalités arrêtées pour l'organisation des temps de repas sont les suivantes : Le **matin**, l'organisation est revenue comme à l'antériorité avec la possibilité de déjeuner soit en chambre soit en salons à plusieurs entre 7h45 et 10h15. Le **midi**, les repas s'organisent de façon collective dans deux lieux de restauration. La salle à manger étant un peu petite pour accueillir quarante résidents en respectant les mesures de distanciation sociale, les personnes les plus dépendantes nécessitant une aide ou une stimulation au repas déjeunent en salle d'animation du rez-de-chaussée. Cette organisation concerne onze résidents et quatre aides-soignantes. Pour les plus autonomes, soit vingt-neuf résidents, ils déjeunent en salle de restauration. Désormais, les cuisiniers sortent de leur cuisine et sont présents en salle le temps du déjeuner. Ils ont un buffet devant les usagers où ils dressent à la demande les assiettes. Chaque table est servie en même temps selon un sens de service défini en jour pair ou impair. Deux agents hôteliers sont présents pour le service et aider les résidents qui le nécessitent pour couper leur viande par exemple. Le temps du repas a été allongé d'un quart d'heure et se termine désormais à 13h15. Le **soir**, les repas ont lieu en chambre à partir de 17h45 pour les personnes couchées tôt et nécessitant une aide aux repas en raison de leur état de santé.

Pour les plus autonomes, les repas sont servis à partir de 18h30 soit en chambre soit dans les petits salons des zones d'hébergement.

Cette nouvelle organisation a nécessité l'actualisation de certains outils organisationnels. Les postes hôteliers du matin et du soir (C1 et C3) faisaient auparavant des aides aux toilettes. Ils sont désormais devenus entièrement hôtelier. Ces modifications ont eu des incidences sur la majorité des postes. Il a donc fallu discuter sur les répartitions des tâches entre les agents et revoir les fiches de postes des ASH, des IDE, de certaines AS et de l'équipe de nuit pour les modifier en conséquence.

Cette journée a permis aussi de déterminer quels résidents déjeunent en salle à manger ou en salle d'animation. Pour ceux déjeunant en salle de restauration, il a fallu redéfinir les plans de tables en prenant en compte les affinités de chacun tout en respectant les règles de distanciation sociale imposées. Pour anticiper l'arrivée des saisonniers, des outils ont aussi été mis en place pour faciliter leur adaptation. De ce fait, trois plans de tables spécifiques ont été réalisés : un pour la mise du couvert, un pour le placement des résidents, et un pour leurs spécificités alimentaires.

Une fois les modalités arrêtées, l'IDEC les a présentées en réunion d'équipe le jeudi 10 juin. Parmi les agents interrogés, une majorité (entre 12 et 14 sur 15) se sentent favorables, concernés et impliqués dans la démarche et connaissent les actions arrêtées et mises en œuvre lors de cette réorganisation du service. La nouvelle organisation est entrée en vigueur le mardi 16 juin. Le jour même à l'issue du service, une réunion de débriefing a été organisée par le responsable cuisine avec la directrice, l'IDEC et les agents hôteliers en poste pour évoquer les premières difficultés rencontrées. De plus, une réunion d'équipe a également eu lieu une semaine plus tard, le jeudi 25 juin, dans le but de connaître le ressenti des agents et les éventuels axes d'amélioration. Aucune remarque spécifique n'a été apportée durant ces temps. Seul un agent a fait remonter des soucis de charge de travail inégale lors de temps informels.

La réussite de la conduite d'un projet passe par l'implication de l'ensemble des parties prenantes. Dans une organisation accompagnant des personnes, telle que la « Résidence du Changeon », ces parties prenantes sont donc à la fois les agents qui travaillent au service des résidents mais aussi ces derniers qui bénéficient des prestations.

C) Une démarche partenariale avec les résidents

La conduite de l'organisation de la restauration a été réalisée de façon partenariale avec les résidents. Il s'agit aussi de mettre en avant leurs droits à une prise en charge adaptée, au libre choix et à la participation sociale de la personne (Charte des droits et libertés de la personne accueillie, articles 2 et 4).

Dès la première tentative de sectorisation des repas le soir en 2015, les résidents avaient été interrogés et semblaient favorables à cette organisation. Avec l'urgence de la situation sanitaire contraignant à servir l'ensemble des repas en chambre à partir du 31 mars 2020, la directrice et l'IDEC ont été très présentes sur le terrain pour identifier les difficultés à la fois des agents mais aussi des résidents. Très vite, les retours étaient positifs et mettaient en avant la possibilité de consacrer plus de temps individuellement aux résidents.

La directrice a donc demandé à l'animatrice de sonder les résidents pour savoir si, une fois sortis du mode de fonctionnement en urgence, ne plus prendre les dîners en salle à manger mais dans les salons de leurs secteurs était quelque chose dérangeant pour eux. L'animatrice a interrogé vingt-deux résidents parmi les plus autonomes en mesure de donner un avis constructif. Globalement, les résidents étaient favorables à cette organisation à partir du moment où ils retrouvaient le groupe.

Les données des questionnaires de satisfaction des résidents et des entretiens avec les agents vont dans ce sens : selon les agents interrogés, 12 sur 15 nous confirment cette démarche auprès des résidents. 10 résidents affirment avoir été questionnés sur leur volonté ou non de dîner de façon plus intimiste dans les salons des zones d'hébergement le soir. L'animatrice m'a transmis la liste des personnes sollicitées comprenant 22 résidents. Parmi les 28 personnes enquêtées, plus de la moitié (15) relèvent d'un GIR compris entre 1 et 3 avec des facultés cognitives altérées ce qui peut expliquer le manque d'appréciation de ceux-ci lors de la passation des questionnaires de satisfaction.

Cette nouvelle organisation concerne directement les résidents, il était donc indispensable de les inclure et les faire participer à cette réflexion.

2.3 Les effets de la nouvelle organisation de restauration

La modification de la politique de restauration devrait avoir des incidences sur la qualité de la prestation servie au résident (2.3.1) mais aussi sur le fonctionnement de l'établissement (2.3.2).

2.3.1 L'incidence sur la qualité de la prestation servie pour les résidents

Si le service de restauration améliore sa prestation tant d'un point de vue gustatif qu'organisationnel, la satisfaction des résidents devrait être supérieure (2.3.1.A et 2.3.1.B) et des incidences sur la santé des résidents pourraient être perfectibles (2.3.1.C).

A) La satisfaction quant aux aspects gustatifs

Les questionnaires de satisfaction montrent globalement une baisse généralisée de la satisfaction des résidents en février 2020 avant de connaître une augmentation en juillet 2020 supérieure à celle connue en février 2019. La satisfaction envers les aspects gustatifs est mesurée autour de la qualité des repas, des quantités servies, de la diversité des menus, de la température des plats, de la présentation des plats et de la prise en compte des goûts et aversions alimentaires.

En ce qui concerne les produits proposés, le nouveau responsable de restauration a à cœur de travailler des produits frais de qualité pour « *rappeler la cuisine que les résidents connaissaient chez eux* » (Enquêté 7, Aide-soignant). « *Ils vivaient en ferme avec des produits frais de leur jardin donc ici ils attendent les mêmes choses* » (Enquêté 5, Agent de services hôtelier).

La qualité gustative des plats proposés s'est améliorée : 63% des personnes en sont satisfaites (53% en février 2019, 51% en février 2020) et aucune est insatisfaite (11% en février 2019, 5% en février 2020). Les retours des agents vont aussi dans ce sens. « *L'ancienne équipe utilisait beaucoup de surgelés, de boîtes, de poudres pour les potages. On voyait plus de l'eau que du potage. Il y avait des plaintes des résidents. Maintenant, lorsque je débarrasse les plateaux le soir, ils sont vides ou alors s'ils n'ont pas été mangé car le résident s'est assoupi, il demande à ce que je le réchauffe alors qu'avant il ne prenait pas la peine de le manger* » (Enquêté 3, Aide-soignant). « *Parfois, on avait même honte de servir les repas alors que maintenant les couleurs, les odeurs sont appétissantes, même les textures modifiées nous donnent envie de manger lorsqu'on les sert* » (Enquêté 14, ASG). « *Un résident qui ne parle jamais d'habitude m'a dit ce midi que c'était excellent !* » (Enquêté 10, Aide-soignant).

La présence des cuisiniers en salle le midi permet notamment de s'adapter aux singularités des résidents notamment sur les quantités servies. Cet aspect est en amélioration par rapport aux mois précédents : en effet, les trois quarts des résidents sont satisfaits des quantités servies (68% en février 2019, 51% en février 2020). Un agent a mis en avant le fait que « *les cuisiniers sont présents lors du repas, donc ils ont les retours en direct des résidents et peuvent s'adapter au cas par cas* » (Enquêté 9, ASH).

La diversité des menus connaît la même évolution du niveau de satisfaction. 70% des résidents en sont satisfaits contre 58% en février 2019 et 44% en février 2020. Un résident a indiqué que c'était « *mieux maintenant, que c'est plus varié* » (Résident 9, Gir 4). Les entretiens avec les agents confirment la donne. « *Les résidents avaient l'impression de manger toujours les mêmes choses surtout pour les textures modifiées* » (Enquêté 7, Aide-soignant) ; « *Avant, le soir y avait pas de diversification, c'était soit de la compote, soit de la crème* » (Enquêté 4, IDE).

La satisfaction quant à la température des plats est elle aussi supérieure. 70% des résidents en sont satisfaits contre 55% en février 2019 et 38% en février 2020. Un agent a indiqué qu' « *avant c'était le service de tous les mixés, puis tous les hachés, puis tous les normaux même si les AS n'étaient arrivées alors c'était froid* » (Enquête 14, ASG).

Pour la présentation des assiettes, celle-ci connaît aussi une amélioration. 67% des résidents en sont contents (63% en février 2019, 43% en février 2020). Certains agents ont mis en avant cet aspect. « *C'est peut-être anodin mais avant le pain était parfois sec et servi en tranche de toute taille et maintenant ce sont des petits baguettes individuelles* » (Enquête 4, IDE). « *L'assiette est appétissante, y a de la couleur, c'est bien présenté même pour les mixés, ça donne envie* » (Enquête 12, AS).

L'équipe cuisine s'attache à la prise en compte des goûts et aversions alimentaires. Les résidents en sont satisfaits pour 56% (43 en février 2019 et 36% en février 2020). Les agents sont unanimes pour dire que la nouvelle équipe est très réactive. « *A 10h30, on fait des changements de régimes pour un résident, l'équipe cuisine est réactive et capable de s'adapter directement pour le midi et c'est appréciable* » (Enquête 6, Diététicien) « *Lors de chaleur comme l'autre jour où des lasagnes étaient prévues, les cuisiniers adaptent rapidement leur cuisine et ils ont fait un plat frais adapté* » (Enquête 8, IDEC). « *L'autre jour une personne ne voulait pas manger, le cuisinier lui a proposé autre chose* » (Enquête 9, ASH). « *Un souvenir récent qui m'a marqué c'est quand un résident en fin de vie a souhaité avoir des œufs à la coq un week-end, il les a eu et pour moi ça fait partie du bonheur* » (Enquête 8, IDEC).

Des entretiens avec les agents, il est ressorti de façon unanime que pour eux, les résidents sont contents de l'aspect gustatif mais aussi de l'organisation car « ils ne râlent pas ».

B) La satisfaction en termes d'organisation des temps des repas

Si la nouvelle organisation des repas prend en compte davantage les spécificités individuelles, la satisfaction afférente devrait être supérieure ce qui contribue à la qualité de vie et l'amélioration de la prestation servie.

La satisfaction organisationnelle des repas s'attache à interroger les horaires des repas, les lieux, le respect du rythme pour les repas et la possibilité de prendre les repas avec ses proches. Comme pour les aspects gustatifs, la satisfaction des résidents est supérieure en juillet 2020 après avoir ressentie une baisse en février 2020 (Annexe 7, p. XIII).

Concernant les horaires des repas, la satisfaction est supérieure (78% en juillet 2020) puisqu'elle était 68% en février 2019 et 46% en février 2020. La satisfaction est également supérieure pour les lieux des repas (68% en février 2019, 46% en février 2020 et 70% en juillet

2020). L'ensemble des agents s'accordent à dire que le cadre du repas est désormais plus calme et que les bruits parasites ont été supprimés avec la nouvelle organisation. Un résident évoque *« j'aimais bien avant, y avait plus d'ambiance, ça vient aussi du virus »* (Résident 26, Gir2). Pour ce qui est du respect du rythme du résident lors du repas, on remarque une amélioration de la satisfaction (53% en février 2019, 41% en février 2020 et 74% en juillet 2020). Un résident précise que *« c'est suffisant, on peut partir quand on veut »* (Résident 24, Gir 4). Les professionnels font aussi des remarques : *« je trouve qu'on a fait une belle amélioration, on est proche du rythme du résident, plus ça va plus on s'améliore »* (Enquête 4, IDE) ; *« avant les résidents disaient qu'ils étaient trop pressés le midi, on faisait au rythme de l'agent mais pas celui du résident, ils avaient tous les aliments devant eux, alors que là on leur laisse vraiment le temps, on va au rythme du résident et on s'aperçoit qu'on tablait sur 1h15, alors qu'en une heure c'est suffisant car le service va plus vite et donc ils ont plus de temps pour manger »* (Enquête 5, ASH). En ce qui concerne les aides aux repas, 24 personnes interrogées ne sont pas concernées, une ne sait pas répondre et deux sont satisfaites. Les professionnels évoquent notamment que *« on ne sait pas trop ce qu'ils [les résidents] perçoivent, mais ils sont cocooning, les filles donnent à manger, on a pas l'impression qu'elles donnent à la chaîne comme avant où y avait quatre résidents en aide au repas pour une personne, là elles prennent le temps, d'être en tête c'est plus individualisant et c'est mieux pour le résident »* (Enquête 8, IDEC).

La nouvelle organisation a modifié le temps du midi avec la présence des cuisiniers en salle et les lieux de restauration le soir.

Pour l'organisation du midi, 63% des résidents sont satisfaits. Un résident précise même *« je suis contente, ils discutent, ils coupent nos fruits »* (Résident 25, Gir 4). Pour les professionnels, il ressort que *« certains commencent à avoir l'habitude de nous voir, y a une relation qui s'installe »* (Enquête 2, Responsable de cuisine) et que *« c'est appréciable pour les résidents, ça permet une prise en charge cas par cas car le cuisinier connaît davantage les besoins des résidents »* (Enquête 7, AS).

Pour les lieux des repas le soir et notamment le choix laissé au résident, les professionnels ont précisé que *« maintenant ils mangent en petit groupe dans les salons de leur étage et c'est génial car on s'adapte vraiment aux besoins du résident, il décide s'il mange en chambre ou dans le salon et il n'y a plus la distance pour aller dans la salle à manger »* (Enquête 6, Diététicien) et qu'*« un résident très ritualisé qui mange à contre-courant de tous, et pourtant hier soir il était à l'heure en repas, et je pense que ça lui convient de faire très peu de pas le soir et d'être plus intimiste »* (Enquête 4, IDE). Pourtant, trois résidents ont précisé qu'ils ne savaient pas avoir le choix du lieu de restauration.

La préférence pour la nouvelle organisation de la restauration reste mitigée : 12 résidents la préfèrent, 3 ne la préfèrent pas, 7 ne savent pas et 5 ne sont pas concernés.

Globalement, suite à une baisse ressentie en février 2020, on observe une amélioration de la satisfaction des usagers quant aux aspects quantitatifs et organisationnels. Cette amélioration a des incidences sur la qualité de vie du résident et donc sur la qualité de la prestation servie. Cette organisation peut également avoir des conséquences sur la santé des résidents.

C) Les conséquences en termes de santé pour les résidents

Grâce à la nouvelle organisation, si le temps du repas est pleinement utilisé et que l'on privilégie l'emploi de produits frais alors il peut y avoir un impact sur la santé des résidents. Les personnes en dénutrition pourraient à cet effet sortir de cet état pathologique ou au contraire celles en surpoids revenir éliminer les kilos superflus. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). Il est donc pertinent d'interroger ces différentes sphères. Parmi les quinze agents interrogés, treize pensent que cette politique de restauration peut avoir des incidences, positives ou négatives, sur la santé des résidents.

Tout d'abord, concernant les conséquences négatives sur la santé des résidents, l'ergothérapeute met en avant le fait que cette organisation stimule moins la marche notamment des résidents qui ne sortent de leur chambre que pour manger ce qui pourrait ainsi nuire à leur indépendance. L'ensemble des résidents a connu une période de confinement liée au COVID-19 qui a déjà pu mettre à mal leurs facultés.

De plus, certains mettent notamment en avant le fait que travailler davantage de produits frais a tendance à générer des problèmes de transit ou une prise de poids importantes pour certains résidents. Même si ces éléments sont des points de vigilance ou des données observées de la part des résidents, aucun élément concret n'a encore pu mesurer la relation de cause à effet avec la nouvelle politique de restauration.

Ensuite, concernant les conséquences positives sur la santé des résidents, les agents sont unanimes sur le bénéfice apporté au psychique des résidents : « *s'ils ont mangé un gâteau qui leur ont fait plaisir le midi, ça leur remonte le moral, il ne leur reste plus que ça* » (Enquête 3, AS).

De plus, le cuisinier évoque qu'il n'y a plus de régime sans sel à l'EHPAD. Comme les produits préparés ne sont plus transformés et que l'équipe porte une vigilance toute particulière à cuisiner avec peu de sel, les personnes qui connaissaient auparavant un régime spécifique sont désormais revenues à une alimentation classique. Il s'agit d'un travail collaboratif entre le médecin coordonnateur, la diététicienne et le cuisinier. Le corps médical indique que l'alimentation est un des facteurs primordial dans la prévention et la cicatrisation des plaies et qu'il pourrait y avoir des bénéfices sur ce versant à long terme. Selon lui, il peut y avoir également des effets sur la

dénutrition. A ce titre, la diététicienne a fait un travail de comparaison des poids et IMC des résidents entre janvier et juin 2020 (Annexe 8, p. XVIV). Sur les 28 résidents, la prise de poids moyenne est de 0,964 kilogrammes mais les résultats ne sont pas significatifs et ne mettent pas en avant de sorti de dénutrition. Il est à noter que cette comparaison peut-être biaisée par la situation si particulière vécue par les résidents. Le poids de la personne varie selon la qualité et la quantité des apports nutritifs, de la santé de la personne mais aussi des facteurs environnementaux. A ce titre, le dernier élément a été particulièrement mis à mal avec la pandémie du COVID-19.

Compte tenu de la nouveauté de la politique de restauration, cette étude ne nous démontre pas d'impacts significatifs sur la santé des résidents et ne permet donc pas de pointer des conséquences positives ou négatives. Toutefois, il serait judicieux d'évaluer ces aspects sur le long terme.

2.3.2 L'incidence sur le fonctionnement de l'établissement

Si la politique de restauration a pour objectif d'éliminer le temps non-optimal au profit de la productivité du temps de travail, des conséquences sur l'organisation devraient être ressenties. De plus, l'utilisation de produits frais devrait faire augmenter le prix de revient du repas et avoir des incidences sur la soutenabilité financière.

A) Les conséquences sur l'organisation du travail

Si la nouvelle organisation du service restauration permet une meilleure productivité du temps de travail, notamment en limitant le temps non optimal des transferts des résidents, alors des retours positifs des salariés devraient en résulter. Les entretiens avec les agents font tous ressortir des conséquences en termes d'organisation du travail. Ces incidences sont positives en ce qui concerne l'adaptation des saisonniers aux postes d'hôtellerie, la productivité et le sens donné au travail ou encore la charge de travail. En revanche, pour certains le poids supporté de la tâche est décrit comme supérieur.

Le projet de restauration a modifié l'organisation du travail de l'ensemble des agents. Les deux postes qui ont connu le plus de changements sont les postes hôteliers. En effet, auparavant, ces deux postes pratiquaient des missions d'aides aux levers, aux toilettes et aux couchers des résidents. Désormais, ces postes sont recentrés uniquement sur l'hôtellerie pure et n'exercent plus que des tâches de préparation des services avec notamment l'élaboration des chariots de distribution des repas ou la mise du couvert, de service des différents repas, d'aide aux repas pour les personnes les plus autonomes, de débarrassage des repas et de nettoyage de la vaisselle, des parties communes et des chambres. Quatorze personnes affirment que cette organisation

facilite le recrutement et l'adaptation des étudiants saisonniers et expliquent notamment que le poste est plus attractif que s'il comportait des soins alors que les personnes ne sont pas expérimentées dans le milieu gérontologique. Certains évoquent que des outils sont affichés en salle de restauration ou à disposition sur les chariots de distribution ou de ménage pour faciliter l'appropriation des remplaçants. Ces outils sont par exemple des plans de tables pour la mise du couvert ou pour le placement des résidents et des fiches pour les spécificités alimentaires des résidents. De plus, l'établissement a pour habitude de faire commencer la personne avec deux jours de doublure avec un agent hôtelier référent.

Ensuite, l'ensemble des agents interrogés reconnaît que cette organisation a un intérêt en termes de productivité notamment en réduisant les temps de transferts des résidents vers la salle de restauration située à l'extrême opposé des zones d'hébergement. Un agent a confié que ces temps pouvaient représenter jusqu'à une heure et demie. Les agents avancent que désormais ils peuvent utiliser pleinement ce temps pour accompagner et s'occuper des résidents lors des repas. Certains ont même réussi à prendre du temps pour s'asseoir avec eux lors du dîner et discuter avec eux.

Lors des aides aux repas, les aides-soignantes évoquent que désormais elles se concentrent uniquement sur le résident pour l'aider ou le stimuler dans la prise du repas alors qu'avant elles se levaient sans cesse. Un agent insiste sur le sentiment d'être moins fatigué et d'avoir passé plus de temps avec les résidents. Cela participe donc à redonner du sens au travail en apportant du bien-être au résident et donc contribue à la qualité de vie au travail.

De plus, certains agents ont évoqué le fait que la fluidité de cette organisation de travail leur permet de respecter les horaires de leur fiche de poste et notamment en ce qui concerne leur temps déjeuner alors qu'auparavant il arrivait que celle-ci soit prise plus tard et de ce fait, cela impactait l'heure de déjeuner des résidents qui pouvaient avoir jusqu'à vingt minutes de retard.

De plus, l'amélioration de la productivité passe également par l'augmentation de vigilance auprès des résidents. Les aides-soignantes chargées des onze aides aux repas dans la salle d'animation peuvent plus facilement observer l'ensemble des résidents alors qu'auparavant ils étaient « *fondus dans la masse des quarante résidents qui mangeaient en salle de restauration* » (Enquête 6, Diététicien). Pour l'équipe restauration, cet aspect est aussi significatif. Auparavant, ils étaient dans la cuisine durant le temps du repas. Maintenant, en dressant les assiettes devant les résidents, ils peuvent s'adapter plus facilement à leurs besoins et leurs envies en termes de quantités servies. Ce point est aussi révélateur pour la diététicienne. Avec l'ancienne équipe restauration, elle avait beaucoup de choses à reprendre et consacrait quasiment la moitié de son temps pour travailler sur les aspects qualité avec l'équipe cuisine. Désormais, la nouvelle équipe cuisine maîtrise ces critères ce qui permet à la diététicienne de consacrer son temps à sa mission

première qui est la prise en charge diététique des patients et leur évolution. Ainsi, elle peut avoir un œil attentif sur des patients qui sont à la limite de la dénutrition alors qu'avant l'organisation de son travail ne lui permettait pas cette vigilance.

Ces gains en termes de productivité du temps de travail délestent certains agents d'une charge de travail non optimale. En revanche, d'autres mettent en avant une charge de travail supplémentaire. Ces constatations concernent quatre postes : les postes hôteliers, les infirmières, l'équipe de nuit et la cuisine.

Les postes hôteliers sont ceux qui ont connu la grande réorganisation. Un agent titulaire met en avant que le temps est compté et qu'il lui manque un quart d'heure pour être dans les temps à la fin de sa journée. Il n'est pas possible de mesurer si ce temps est dû au temps d'adaptation au nouveau poste avec les automatismes à reprendre ou si celui-ci est structurel. Cet aspect sera à vérifier dans le temps.

Ensuite, les infirmières ont souligné que le fait que l'organisation des repas soit divisée en deux salles le midi, cela leur provoque une distance supplémentaire à parcourir le midi pour permettre la distribution des médicaments d'autant plus qu'il faut aussi les distribuer à ceux qui prennent des repas en chambre. Même si cela provoque des déplacements supplémentaires, le temps permet d'effectuer cette mission.

Pour l'équipe de nuit, la charge de travail n'est pas particulièrement plus importante car le temps imparti permet de le réaliser, cependant les tâches relèvent davantage de missions de ménage. Elle nuance en indiquant que cela n'est peut-être que propre à la réorganisation mais aussi au contexte du COVID qui nécessite de désinfecter sans cesse les surfaces.

Enfin, pour l'équipe cuisine, auparavant la majorité des plats étaient congelés ou préparés. L'agent hôtelier qui fait parfois des remplacements ou des doublures en cuisine s'est aperçu que désormais avec l'utilisation de produits frais, le temps de préparation est bien plus supérieur ce qui génère une charge de travail plus importante. Ceci dit, dans un autre temps, elle évoque aussi connaître des gains de temps notamment lors du remplissage du congélateur : en effet, il apprécie que celui-ci soit quasiment vide.

Cette nouvelle politique de restauration a des incidences sur l'organisation du travail. Il faut aussi s'intéresser à son impact sur la soutenabilité financière.

B) La nécessité de la soutenabilité financière du projet à moyens constants

Le projet de restauration et l'introduction de produits frais de qualité supérieure doit être mené à moyen constant. Si l'établissement utilise des produits frais, alors qu'auparavant il ne servait que des produits industriels ou surgelés, cela peut avoir un impact sur l'augmentation des dépenses de restauration et donc, le prix de revient du repas en 2020 devrait être supérieur à

celui de 2019. Parmi les agents interrogés, 13 sur 15 mettent en avant un éventuel surcoût du fait maison. De plus, si la restauration est de meilleure qualité, il devrait y avoir un impact positif sur la baisse du gaspillage alimentaire ce qui induirait nécessairement des économies.

Pour répondre à ces hypothèses, je me suis intéressée au prix de revient du repas en 2020, depuis le changement de l'équipe cuisine qui ne confectionne que des repas maison. Pour cela, j'ai fait l'état des lieux des dépenses liées à la restauration. Celles-ci comprennent l'achat des denrées alimentaires, les frais de personnel, les amortissements du matériel de cuisine, la consommation énergétique estimée à 1/5 d'eau et 1/3 d'électricité. Grâce au suivi budgétaire et les factures depuis janvier 2020, j'ai pu réunir la majorité de ces informations sauf les montants de l'eau et l'électricité qui n'était jusqu'à ce jour pas connu. J'ai fait donc fait une estimation en prenant en compte une hausse importante des énergies de 5%. De l'autre côté, il faut recenser l'ensemble des repas réalisés que ce soit pour les résidents, les repas thérapeutiques, les salariés ou encore les stagiaires.

En 2019, le prix de revient du repas était de 3€78 (Rapport d'activité, 2019). A l'heure actuelle, le prix de revient du repas sur les six premiers mois de l'année (janvier à juin) est de 3€44 (Annexe 9, tableau 1, p.XXV). L'hypothèse émise n'est donc pas vérifiée, il faudrait analyser les grandes masses financières entre 2019 et 2020 pour comprendre cette différence et également comparer aux années antérieures.

En ce qui concerne le gaspillage alimentaire, un suivi durant 36 jours a été réalisé entre le 13 janvier et le 16 février 2020. Pendant cette période, 5 400 repas ont été servis pour un total de 390,920 kilogrammes soit 72 grammes de déchets par repas par résident (Suivi du gaspillage alimentaire, janvier 2020). Depuis la nouvelle équipe cuisine, une majorité des salariés (13 des 15 personnes interrogées) a l'impression que le gaspillage alimentaire a baissé. Toutefois, ces données sont non-significatives puisqu'elles reposent uniquement sur l'impression des agents. La deuxième partie du suivi du gaspillage alimentaire devait être réalisée cet été avec un cabinet de conseil mandaté par le Conseil Départemental, mais face au contexte actuel, celle-ci a été repoussée. De ce fait, à l'heure actuelle, nous ne pouvons affirmer de manière significative que la nouvelle politique de restauration a permis une réduction du gaspillage alimentaire.

Ces incidences, notamment celles qui sont négatives, nécessitent d'être analysées pour trouver des axes d'amélioration. La dernière et troisième partie analysera donc les limites et les résultats de l'étude pour proposer des axes d'amélioration et de pérennisation de la démarche.

PARTIE 3 : INSTAURER UNE NOUVELLE POLITIQUE DE RESTAURATION EN EHPAD : LIMITES, DISCUSSION ET AXES D'AMELIORATION

Cette dernière partie s'attache à décrire les limites de l'étude (3.1), à faire une analyse stratégique des résultats (3.2) pour pouvoir dégager des axes d'amélioration (3.3).

3.1 Les limites de l'étude

Certaines limites viennent nuancer les résultats de l'étude. Celles-ci relèvent essentiellement du contexte du stage et de l'évaluation mais aussi des limites quant à la méthodologie.

D'abord, concernant le contexte actuel, nous sommes dans une période de crise sanitaire résultant de la pandémie du COVID-19. Cette situation a engendré des difficultés majeures pour trouver un terrain de stage. Le stage n'a commencé que la deuxième semaine du mois de juin. Il a fallu alors rapidement soulever les problématiques du terrain pour définir le sujet du mémoire. Initialement, je souhaitais faire une recherche sur la gestion de crise en EHPAD, avec les impacts du COVID-19 sur l'organisation, sur les agents mais aussi sur les résidents. Arrivée au moment du dé-confinement et du plan de reprise de l'activité, cette thématique n'était pas nécessairement adaptée puisque je n'avais pas participé à la mise en place des premières mesures de protection des résidents trois mois plus tôt ce qui ne permettait pas d'analyser finement cette problématique. J'ai alors saisi l'opportunité du « retour à la normale » avec la volonté de l'établissement d'insuffler une nouvelle organisation du service restauration. De plus, cette situation de stage exceptionnelle m'a contrainte de réaliser les recherches, les seize entretiens des agents, les vingt-huit questionnaires des résidents et la rédaction du mémoire en tout juste deux mois. Cet aspect a contribué à un manque de recul sur la situation et donc de profondeur dans certaines analyses.

Ensuite, les contraintes de temps ont précipité l'évaluation de la nouvelle politique de restauration. Les entretiens des agents ont été réalisés entre le 3 et le 24 juillet à la fois pour permettre leur analyse et pour rendre le mémoire le 24 août mais aussi car il a fallu prendre en compte l'absence des agents pour leurs congés estivaux. Pour rappel, la nouvelle organisation a été mise en place le mardi 16 juin ce qui n'a laissé que quinze jours à un mois de recul aux agents. Avec ce manque de distance, tous les changements n'ont peut-être pas pu être identifiés d'autant plus que l'organisation évaluée n'est pas celle définitive. En effet, la situation sanitaire sans précédent impose le respect de la distanciation sociale des résidents lors des repas. Ils se retrouvent donc à deux voire trois personnes maximum par table pour manger ce qui ne favorise

pas la convivialité. Il serait donc judicieux de refaire les évaluations d'ici la fin de l'année 2020, si la situation sanitaire le permet, pour identifier l'ensemble des aboutissants de cette politique de restauration.

Enfin, la passation des entretiens comme des questionnaires n'a pas nécessairement été conforme aux règles méthodologiques. Le manque d'expérience dans la discipline et notamment la façon dont les questions ont été posées a pu induire des biais dans les réponses des personnes interrogées ou nuire à leur compréhension. Concernant les questionnaires de satisfaction, habituellement la personne en charge de leur passation est l'animatrice. Elle est identifiée par les résidents comme une personne ressource et connaît les singularités de chacun. Bien qu'en instaurant un climat de confiance, les modalités de passation des questionnaires ne sont donc pas identiques à celles de février 2019 et 2020. De plus, les résidents ont connu une période délicate avec le confinement en chambre ce qui a pu contribuer à renforcer l'altération de leurs facultés de discernement. La passation des questionnaires a eu lieu la semaine de 20 juillet, soit seulement un mois après la mise en place de la nouvelle organisation de restauration, les résidents en mesure d'exprimer leur opinion peuvent donc souffrir d'un manque de recul suffisant pour apporter des réponses constructives. Bien qu'en reformulant les questions, certains n'étaient pas en mesure de comprendre l'intérêt des questionnaires, cette limite pouvant s'expliquer notamment par la dépendance des interrogés, le GMP de l'établissement étant de 738 ce qui reste élevé par rapport à la moyenne nationale.

Après avoir mis en évidence les limites de l'étude, nous allons procéder à l'analyse distanciée des résultats.

3.2 Analyse stratégique et discussion

L'analyse stratégique réalisée notamment grâce à la matrice SWOT (Annexe 10, p. XXVI) permet d'explicitier certains résultats mis en avant dans la partie 2. De cette analyse ressortent des forces et opportunités (3.2.1) mais aussi des faiblesses et menaces (3.2.1).

3.2.1 Forces et opportunités tirées de l'analyse stratégique

Cette partie s'attache à mettre en avant les forces de la politique de restauration notamment d'un point de vue organisationnel interne (3.2.1.A) mais aussi les opportunités relatives à l'environnement externe (3.2.1.B).

A) Les forces de la politique de restauration

La nouvelle politique de restauration connaît des forces dans son instauration sur lesquelles il est nécessaire de s'appuyer pour la pérennisation de cette démarche. Il s'agit

notamment de la présence d'un leadership dans la conduite du projet et des conséquences sur le sens du travail pour les équipes.

En ce qui concerne le premier aspect, l'arrivée de la nouvelle cuisine avec le responsable de restauration début 2020 est un élément facilitateur pour la politique de restauration. Contrairement à l'ancienne équipe cuisine, celle-ci est dynamique et force de propositions. Elle souhaite une restauration de qualité pour nos aînés. D'ailleurs, le responsable de restauration se place en tant que leader dans la démarche. En effet, celui-ci échange régulièrement avec les équipes de terrain ce qui permet la continuité du lien entre la hiérarchie et le terrain. A partir de ces nombreux échanges, il a pu mener une réflexion pour la mise en place de la nouvelle organisation : il s'est nourri des objectifs fixés par la direction tout en y incorporant les volontés des équipes. Il se place en tant que réel leader de la démarche ce qui est un facteur de réussite démontré pour la conduite de projet. Cet aspect est un point fort pour la poursuite de la politique de restauration.

Ensuite, la nouvelle politique de restauration a permis aux équipes d'améliorer la productivité de leur temps de travail au profit du résident. En se concentrant sur la mission première d'accompagnement de la personne âgée dépendante, cela contribue à redonner du sens au travail accompli, à augmenter la satisfaction personnelle et collective et donc l'estime de soi. Ces aspects contribuent directement à la qualité de vie au travail des professionnels : auparavant, ils pouvaient avoir le sentiment d'une journée inachevée tandis qu'avec cette nouvelle organisation de travail cette difficulté n'est plus ressentie. Ce point fort est à préserver et renforcer pour la poursuite de la politique de restauration. Ces deux aspects sont très favorables pour la conduite de projet. Il découle également des opportunités relatives au contexte environnemental.

B) Les opportunités de la politique de restauration

L'instauration de cette politique de restauration a été possible grâce à des opportunités relatives à l'environnement extérieur. Ces aspects sont de l'ordre contextuel et sanitaire mais aussi législatif.

La nouvelle politique de restauration de la Résidence du Changeon s'appuie sur un versant organisationnel discuté depuis déjà quelques années dans la structure. Pourtant, la volonté de sectoriser par unité de vie lors du dîner n'a jamais abouti. Cette année, avec la pandémie du COVID-19, les résidents ont été contraints d'être confinés en chambre avec la nécessité d'y servir l'ensemble des repas journaliers. Ce confinement a obligé les équipes à se plier et s'adapter rapidement à des contraintes organisationnelles fortes. Malgré la contrainte, les équipes soudées ont rapidement pris leurs marques. L'adhésion des équipes marquée par la COVID-19 a donc

permis une instauration plus facile du nouveau modèle organisationnel des dîners : en effet, ceux-ci sont désormais servis en chambre ou en salon de secteur le soir, comme ce qui a dû être mis en place durant la période de confinement ce qui n'a pas provoqué trop de changements lors du retour à la normale en juin. Il s'agit d'un aspect facilitateur de la conduite de ce projet.

De plus, la législation va imposer très prochainement l'utilisation de produits de qualité supérieure pour la préparation des repas avec la loi EGALim. Le Département d'Ille et Vilaine a pour volonté d'accompagner les établissements médico-sociaux qu'il finance dans cet objectif. Pour cela, il a mis en place depuis 2019 des groupes de travail pour guider les dirigeants des institutions dans cette démarche. Il a également organisé des audits sur le gaspillage alimentaire dans les établissements pour pouvoir éventuellement dégager des mannes financières sur lesquelles s'appuyer pour la pérennisation de cette démarche qui devra être réalisée à moyens constants. Bien que mis à l'arrêt avec le COVID-19, cette deuxième étape du projet de restauration devrait reprendre à l'automne 2020 et sera facilitée par l'ensemble des outils mis en place par le Conseil Départemental.

La politique de restauration connaît des aspects positifs dans sa conduite tant relatifs à l'environnement interne qu'externe. Toutefois, certains aspects nécessitent des points de vigilance.

3.2.2 Faiblesses et menaces tirées de l'analyse stratégique

La politique de restauration connaît des faiblesses relatives à l'environnement interne (3.2.2.A) et des menaces face à l'environnement externe (3.2.2.B).

A) Les faiblesses de la politique de restauration

L'étude de l'instauration de la politique de restauration met en avant des dysfonctionnements en interne quant à la communication sur le projet tant auprès des équipes que des résidents ce qui peut nuire à la réussite du projet. En effet, parmi les agents interrogés, une majorité (entre 12 et 14 sur 15) se sentent favorables, concernés et impliqués dans la démarche. Ils n'ont pas soulevé de difficulté dans la conduite du projet. Pourtant, trois personnes de l'équipe encadrante ont néanmoins évoqué un défaut de communication sur la date effective et les modalités d'entrée en vigueur de l'organisation entraînant notamment une désorganisation des agents. Certains ont mis en avant des problèmes de communication historique au sein de la structure et déplorent des difficultés à trouver des temps de réunions et quand c'est le cas, l'intégralité des équipes n'est pas présente. De plus, le réseau informatique n'est pas complet pour permettre des échanges écrits à destination des agents, la communication reste encore basée sur l'oralité. La mise en place de cette organisation s'est donc réalisée dans un temps plutôt

court où la communication n'a pas été optimale. Pour nuancer ces propos, des comptes rendus des réunions sont réalisés et affichés dans l'établissement. Les personnes qui souhaitent avoir les informations savent où les trouver. Un agent en congés a par exemple formulé sa volonté d'obtenir sa nouvelle fiche de poste pour s'en imprégner avant sa reprise du poste. Lors des entretiens, les agents concernés n'ont pas évoqué ce défaut de communication pourtant essentiel à la conduite d'un projet. Malgré tout, ce problème de communication a pu générer, au cours des premiers jours de la nouvelle organisation, des difficultés supplémentaires d'adaptation pour les agents bien qu'amoindries par l'organisation d'entre deux imposée par la pandémie du COVID-19. La réussite de la conduite de changement passe à la fois par la reconnaissance du personnel (Gillet et al., 2009) mais aussi par la communication. Si le premier aspect a été plutôt bien respecté, notamment avec la sollicitation de la majorité des agents et surtout la participation des plus concernés pour la mise en place de cette nouvelle organisation, le second, même s'il n'a pas été identifié par les agents, aurait pu être d'une meilleure efficacité d'autant plus que le manque d'information peut être un facteur de résistance aux changements (Kanter, 1985).

Justement, certains agents déplorent une charge de travail supérieure avec l'instauration de la politique de restauration alors même que le travail prescrit n'est pas supérieur. Un parallèle peut être fait avec le manque de communication et la faculté de résistance aux changements. La résistance au changement est un processus normal dans toute conduite de changement. Ce mécanisme est de degrés différents et peut s'estomper avec le temps. Cependant, il est nécessaire de rester vigilant aux réticents pour qu'ils ne mettent pas à mal la réussite du projet. De plus, la nouvelle politique de restauration a provoqué des changements en termes d'organisation de travail. Cette organisation n'influe en théorie pas sur la charge de travail des agents. Toutefois, le temps d'adaptation crée une désorganisation temporaire qui peut être ressentie comme une charge de travail supplémentaire. Avec le temps, les automatismes aux postes seront supérieurs et cette charge de travail vécue comme supérieure devrait alors s'amoindrir. Pour pallier cet effet, il est indispensable d'avoir des outils organisationnels à jour et accessibles de tous.

Enfin, de certains entretiens ressort le fait que le cadre de salle de restauration n'est pas optimal alors même que celui-ci contribue pleinement à la qualité de la prestation servie. Le cadre de la salle de restauration contribue à la convivialité et facilite la prise alimentaire des résidents. Il est donc pertinent d'interroger cet aspect et de tâcher à l'améliorer.

Enfin, outre les faiblesses internes à l'organisation, il existe également des menaces environnementales.

B) Les menaces de la politique de restauration

Parmi les menaces externes, il est judicieux de citer l'aspect financier bien qu'à la frontière entre l'intra et inter établissement. En effet, la politique de restauration doit être pérenne financièrement pour être soutenable sur le long terme. Toutefois, le budget alloué pour la restauration ne peut être augmenté. En effet, la législation imposera prochainement d'utiliser des produits à valeur ajoutée qui sont par conséquent plus chers mais le Département souhaite que cette contrainte soit réalisée à moyens constants.

Dans notre étude, nous avons vu que le prix du repas en 2020 (3€44) n'est pas supérieur à celui de 2019 (3€78). Si on analyse les raisons, on remarque qu'en 2019 les frais de personnels afférents à la restauration ont connu une augmentation 29,55% par rapport à 2018. Entre 2019 et 2020, ces frais de personnels sont en diminution de 12,63% (Annexe 9, Tableau 2, p.XXV). Le poids des charges financières de personnel en 2019, lié notamment à une hausse du besoin de remplacement face à la fragilité et le manque d'implication de l'ancienne équipe cuisine a eu un impact négatif sur le prix de revient du repas.

Pour savoir réellement si le prix de revient du repas 2020 connaît une augmentation, il est judicieux de l'analyser au regard de la moyenne des années antérieures. Entre 2015 et 2019, le prix de revient moyen du repas est de 3€30. En 2020, ce prix connaît donc une augmentation de 4,18%. Les deux grandes masses qui connaissent une augmentation sont les frais de personnels (5,66%) et les denrées alimentaires (2,93%). Ces surcoûts s'expliquent au regard de la nouvelle politique de restauration qui promeut l'utilisation de davantage de produits frais ce qui engendre une charge de travail supplémentaire alors même que la part en produit à valeur ajoutée définie par la loi EGALim prochainement en vigueur n'est pas respectée. Le prix devrait donc connaître encore des augmentations alors qu'il n'est à ce jour pas soutenable financièrement. Pour la pérennisation de cette démarche à moyens constants, il sera donc indispensable de trouver des pistes d'amélioration.

Que ce soit lié à l'organisation ou à l'environnement, des points d'amélioration de la démarche sont à envisager.

3.3 Axes d'amélioration

La partie discussion met en avant des difficultés qu'il convient de résoudre. Cette dernière partie s'attache à proposer des axes d'amélioration aussi bien pour les professionnels (3.3.1), que pour les résidents (3.3.2) et la soutenabilité financière (3.3.3).

3.3.1 Des améliorations possibles pour les professionnels

L'analyse stratégique de la politique de restauration met en avant des difficultés quant à la communication et la charge de travail. Ces aspects sont corrélés comme démontré ci-dessus (3.2.2.A) et peuvent être aisément être améliorés. Pour cela, il conviendrait d'améliorer les outils de communication. Il s'agit notamment de réaliser de nouvelles réunions d'échanges autour de la politique de restauration par exemple fin septembre. Trois mois après la mise en place du projet, les équipes seront à même de pointer les difficultés rencontrées pour pouvoir mener une réflexion commune entre la direction et les équipes de terrain pour y pallier. Cet aspect est essentiel pour la réussite pérenne du projet de restauration.

Il s'agit aussi de mettre à jour et de faire vivre les documents institutionnels permettant les transmissions entre les équipes. Avec une meilleure adaptabilité au poste et des transmissions claires, l'organisation du travail devrait ainsi être plus fluide et la charge de travail ressentie par les équipes devrait donc s'amoinrir. De plus, une meilleure communication entre les équipes contribue également à améliorer la prise en charge du résident et donc l'amélioration continue de la qualité. Des améliorations pour le résident sont aussi envisageables.

3.3.2 Des améliorations possibles pour le résident

Les améliorations pour le résident participent à l'amélioration de la prestation servie. Il s'agit notamment d'individualiser davantage l'accompagnement du résident et cela grâce à la communication efficace entre les équipes (3.3.1) mais aussi l'amélioration du cadre de la salle à manger qui est aujourd'hui lacunaire. Pour cela, il conviendrait par exemple de rappeler un cadre familial avec des groupes d'environ quatre personnes pour le repas du midi. La salle de restauration de la Résidence du Changeon étant grande, il pourrait être utilisé par exemple des murs végétaux pour favoriser cette intimité. A ce jour, cet axe ne peut être mis en place avec la nécessité du respect de la distanciation sociale entre les résidents lors du temps des repas. De plus, la salle à manger reste austère et il serait donc pertinent d'y rajouter quelques objets comme des nappes, de jolis serviettes, quelques objets de décoration pouvant rappeler le domicile comme par exemple un vaisselier pour habiller l'espace, le rendre plus chaleureux et qualitatif. Toutefois, la Résidence du Changeon est dans une situation financière exceptionnelle suite à un litige dans la réhabilitation de l'établissement en 2006 qui conduit aujourd'hui à une expertise judiciaire qui ne permet pas, en l'état actuel des choses, d'engager d'investissements financiers supplémentaires. L'amélioration du cadre de la salle de restauration pourrait éventuellement être possible avec le don de certaines associations caritatives.

Cette fragilité financière contraint l'établissement à adopter une gestion stricte de ses dépenses. Il est donc pertinent de s'interroger sur les leviers possibles pour la pérennisation de cette politique de restauration tout en incluant les exigences de la loi EGALim prochainement en vigueur.

3.3.3 Des pistes de réflexion pour la soutenabilité financière

La soutenabilité financière à moyens constants n'est à ce jour pas atteinte et est amenée à être accentuée par la mise en conformité avec la loi EGALim et la nécessité de travailler des produits de qualité supérieure.

La première piste de réflexion consiste à limiter le gaspillage alimentaire pour pouvoir réinjecter les économies réalisées dans le budget approvisionnement des denrées alimentaires. Un état des lieux a été réalisé en janvier 2020 mais celui-ci s'est arrêté net avec la pandémie de COVID. Bien que les équipes mettent en avant une réduction du gaspillage alimentaire, leurs impressions restent subjectives. Dans un premier temps, il conviendrait de relancer cette campagne de réduction du gaspillage alimentaire pour connaître les éventuelles mannes financières.

Si celles-ci ne sont pas suffisantes, il faudra alors connaître le montant alloué au budget approvisionnement en qualité supérieur. L'utilisation de produits de meilleure qualité induit un surcoût inéluctable. En revanche, s'agissant de la viande par exemple, celle de meilleure qualité ne réduit pas à la cuisson. Il faudra donc peut-être moins de viande qu'actuellement ce qui pourra éventuellement compenser en partie le surcoût afférent. De plus, lors de la mise en conformité de l'EHPAD avec la loi EGALim, une mise en concurrence sera réalisée pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix. Si toutefois, ces trois pistes ne sont pas suffisantes il sera alors indispensable d'avoir une vision budgétaire transversale et jouer sur les recettes et sur les dépenses. En ce qui concerne les recettes, il faudra d'abord vendre davantage de repas aux familles et/ou aux agents pour pouvoir réinjecter les produits dans la restauration. Pour les dépenses, il sera nécessaire de réaliser des économies pour équilibrer le budget restauration. Si celles-ci ne peuvent être réalisées sur le poste cuisine, il faudra alors prendre chaque masse de dépenses de la section hébergement (celle à laquelle est rattachée la restauration) pour trouver celles sur lesquelles des économies pourront être opérées. Il s'agit en quelque sorte de mettre en place une politique de chasse au gaspillage économique. Cela nécessitera notamment une mise en concurrence des principaux fournisseurs. Les économies accomplies pourront alors être réinjectées dans les surcoûts de restauration.

Dans la mesure où le projet restauration n'est pas terminé notamment avec le versant approvisionnement pour une mise en conformité avec la prochaine loi EGALim, il n'est à l'heure actuelle, pas possible de connaître exactement le surcoût induit et donc de mettre l'accent sur une piste d'économie particulière pour atteindre la soutenabilité du projet.

CONCLUSION

L'instauration d'une politique de restauration adaptée en EHPAD doit avant tout répondre aux exigences législatives. Elle doit être conduite de façon participative avec l'ensemble des acteurs (direction, salariés et résidents) pour la réussite du projet. Par la communication tout au long du projet, ces acteurs doivent comprendre les tenants et aboutissants de la démarche pour que les objectifs identifiés soient atteints.

Dans la situation de la Résidence du Changeon, le COVID-19 a été une opportunité pour modifier la politique de restauration et permettre notamment une sectorisation des dîners au plus près des zones d'hébergement et ainsi s'adapter aux singularités des résidents. L'arrivée de la nouvelle équipe cuisine a été un élément facilitateur pour la mise en place du projet. Dynamique, elle a souhaité travailler uniquement des produits frais et proposer une prestation plus hôtelière ce qui a permis d'augmenter de manière significative la satisfaction des résidents tant pour les aspects gustatifs qu'organisationnels. Il s'agit d'un élément majeur de la qualité de la prestation servie puisque l'alimentation est l'un des derniers plaisirs des personnes en EHPAD. De plus, cela peut contribuer à limiter les situations de dénutrition, enjeu majeur de santé publique. Dans notre étude, ces données ne sont pas significatives mais peuvent s'expliquer au regard du manque de recul. Il serait donc pertinent d'avoir recours à une ré-évaluation d'ici la fin de l'année 2020. Un effort reste à faire concernant le cadre de salle de restauration.

Ensuite, concernant les incidences en termes d'organisation du travail, cette politique a permis de gommer le temps de travail non-optimal et d'améliorer la productivité au profit des résidents. Cet aspect est valorisant à la fois pour le personnel qui, en se concentrant davantage sur le résident, redonne du sens au travail effectué mais aussi pour le résident qui voit l'amélioration de la prestation servie. Une attention particulière doit être portée sur la communication et l'actualisation des outils de transmission pour fluidifier l'organisation du travail et ainsi améliorer encore l'individualisation de l'accompagnement proposé au résident.

Enfin, la soutenabilité du projet à moyens constant doit être recherchée. A ce jour, celle-ci n'est pas atteinte puisque le prix de revient du repas est supérieur à la moyenne des cinq dernières années. Des pistes de réflexion ont été mises en avant, notamment avec la réduction du gaspillage alimentaire voire même du gaspillage économique avec la chasse aux dépenses inutiles. La politique de restauration n'étant pas à terme, car elle n'inclut pas réellement les contraintes d'approvisionnement en produits de proximité établies par la loi EGALim, l'absence de soutenabilité financière n'est pas encore alarmante. Il conviendra par la suite, une fois le travail de mise en conformité effectif, de dégager les mannes financières préconisées.

BIBLIOGRAPHIE

Blanpain N., Chardon O., « Projections de population à l'horizon 2060 : Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », INSEE Première, 2010, N°1320, p.4.

« Coûts des repas la polémique absurde », Actualités : Le mensuel des maisons de retraite, 2019, N°219, p.3.

Dassonville C., « Alimentation en EHPAD : approche économique du secteur », Gérontologie et Société, 2010, N°134, p.217-233.

Ferry M., « Mieux manger pour mieux vieillir : une stratégie gagnante ». Fond Français Alimentation et Santé, 2013, p.8.

Juan S., Méthodes de recherche en sciences en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques, Paris, PUF, 1999, p.296.

Monnier A., « Le babyboom : suite et fin », INED : Populations & Société, 2017, N°431, p.4.

Panait C., « L'anorexie liée à l'âge », La gazette médicale, 2017, p.3.

Petit V., Defebvre M.M., Caron B., Florent V., Roussel A., Delbrouque C., Marissal J.P., Puisieux F., « La dénutrition dans une population de personnes âgées fragiles : intérêt d'un parcours de soins adapté », La revue gériatrique, 2017, N°9, p.465-480.

« Préambule de la Constitution de l'OMS », OMS, 1946, p.21.

Sghari A., Chaabouni J., Baile S., « Capacité leadership et changement organisationnel : Cas d'un projet de refonte de système d'information », 2014, p.30.

Sghari M, Chaabouni J, Baile S., « Communication et changement organisationnel dans une perspective dynamique : cas d'un projet de refonte de systèmes d'information d'une banque tunisienne », Management et Avenir, 2015, N°78, p.15-40.

Sini A., « Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food », Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019, p.89.

Zazzo J.F. et al., « Dénutrition : une pathologie méconnue dans une société d'abondance », Programme National Nutrition Santé, Ministère de la Santé et des Sports, 2010, p.94.

Rapports institutionnels :

« Fiche n°5 : l'externalisation de la restauration et de la blanchisserie », ANAP, 2015, p.8.

« La situation des EHPAD en France en 2017 », CNSA, 2019, p.66.

« Les mesures de la loi EGalim concernant la restauration collective », Conseil National de la Restauration Collective, 2020, p.16.

« Nutrition, dénutrition : alimentation de la personne âgée en EHPAD et en établissement de santé. Promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles », MobiQual, 2013, p.32.

« Recueil d'actions pour l'alimentation pour établissements pour personnes âgées dépendantes », Ministères de l'Agriculture et des Affaires Sociales, 2017, p.216.

« Stratégie de prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé. Recommandations », Haute Autorité de Santé, 2007, p.25.

« Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP (en l'état actuel de la législation) », ANESM, 2018, p.25.

Sources législatives :

Article L. 311-6 du code de l'Action sociale et des Familles.

Articles L. 230-5, L. 230-5-1 et L. 230-5-2 du Code Rural de la Pêche Maritime.

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles CVS - articles 14 et 19.

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – article 10.

LOI n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous. Articles 24 et 88.

Règlement CE n°93/43/ CEE du Conseil du 14 juin 1993, relative à l'hygiène des denrées alimentaires.

Règlement CE 178/2002 relatif aux obligations en matière de traçabilité.

Règlement CE n°852/2004 relatif aux règles générales d'hygiène.

Règlement CE n°854/2004 relatif aux règles spécifiques d'hygiène.

Règlement CE n°2073/2005 modifié par le CE n°2073/2005 relatif aux critères microbiologiques.

Sites internet

« Qu'est-ce le PMS », Préfet de la Meuse, 2013. [http://www.meuse.gouv.fr/Politiques-publiques/Alimentation-consommation-et-commerce/Alimentation-et-Hygiene-alimentaire/Qu-est-ce-lePMS#:~:text=Le%20PMS%20\(Plan%20de%20Ma%C3%A9trise,2004\)%20pour%20tous%20les%20%C3%A9tablissements](http://www.meuse.gouv.fr/Politiques-publiques/Alimentation-consommation-et-commerce/Alimentation-et-Hygiene-alimentaire/Qu-est-ce-lePMS#:~:text=Le%20PMS%20(Plan%20de%20Ma%C3%A9trise,2004)%20pour%20tous%20les%20%C3%A9tablissements)

« HACCP : définition » http://www.haccp-guide.fr/definition_haccp.htm

Documents institutionnels :

Projet d'établissement 2016-2020

Rapports d'activité : 2015, 2016, 2017, 2018, 2019

Suivi budgétaire 2020

Suivi des données nutritionnelles des résidents

Dossiers des résidents

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien de l'équipe encadrante et technique	II
Annexe 2 : Guide d'entretien de l'équipe soignante	IV
Annexe 3 : Tableau synoptique des enquêtés	VI
Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction de la restauration des résidents – février 2019 et 2020	VII
Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction de la restauration des résidents – juillet 2020	IX
Annexe 6 : Tableau synoptique des résidents questionnés	XII
Annexe 7 : Résultats du questionnaire de satisfaction juillet 2020	XIII
Annexe 8 : Tableau comparaison poids et IMC des résidents	XXIV
Annexe 9 : Etude comparative du coût de revient du repas.....	XXV
Annexe 10 : Analyse stratégique à partir de la matrice SWOT	XXVI

Annexe 1 : Guide d'entretien de l'équipe encadrante et technique

Introduction de l'entretien :

Bonjour,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté cet entretien.

Pour commencer, je vais vous rappeler le contexte de notre entretien. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse à l'évaluation du nouveau projet de restauration, à sa mise en œuvre et aux effets engendrés.

Je vous informe que cet entretien est anonyme. Dans un souci d'une retranscription fidèle de vos propos, je vais enregistrer l'échange si ça ne vous dérange pas ?

1) Talon sociologique :

Poste

Ancienneté à la Résidence du Changeon

Ancienneté au poste

2) Connaissance / compréhension du projet de restauration :

Depuis quelques mois, l'EHPAD travaille sur la réorganisation du service de restauration.

Pouvez-vous m'en parler ? De quoi s'agit-il ? En quoi ça consiste ?

Que pouvez-vous me dire des raisons, des objectifs qui sont à l'origine de la réorganisation ?

- Relance : Que pouvez-vous me dire sur les raisons de cette réorganisation ? Pourquoi ça a été mis en place ? Quel a été le principal problème dans la précédente organisation ?

Comment cette réorganisation a-t-elle été mise en place ? Qui a initié la démarche ? Est-ce qu'il y avait des retours négatifs des résidents/professionnels, etc. ?

- Relance : Par qui ? Qu'ont-ils fait ?

Avez-vous été sollicité ? Et les résidents ? Comment ? Et pourquoi, sur quels points/thèmes ?

Que pouvez-vous me dire sur les actions mises en place dans cette démarche ? Quelles sont-elles ? Dans quels buts ?

- Relance : Qu'est-ce qui a été changé par rapport à l'ancienne organisation ? Pourquoi ?

Que pensez-vous de ces objectifs ? Selon vous, vous semblent-ils compris par tout le monde ? Pourquoi oui ou non ?

3) Acceptabilité / adhésion / implication

Quelle a été votre réaction à l'annonce de la mise en place du projet de restauration ? Pourquoi ?

Vos réactions ont-elles évolué depuis ? Si oui ou non comment et pourquoi ?

Vous sentez-vous favorable à cette démarche ? Pourquoi ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous concerné par la démarche et par les actions menées dans ce cadre ? Pourquoi ? Comment ?

Que pouvez-vous me dire de l'intérêt du personnel pour cette démarche ? Et l'intérêt des résidents de l'EHPAD ?

Diriez-vous que vous êtes impliqué dans la démarche ? Pourquoi ? Comment ? Si oui ou non pourquoi ?

4) Impacts/changements perçus :

Quelles évolutions avez-vous pu observer concernant la nouvelle organisation ?

Observez-vous des changements de la part des résidents depuis la mise en place de cette réorganisation ?

Diriez-vous que cela a des conséquences sur la santé des résidents ? Si oui lesquelles ? Pourquoi ?

Observez-vous des effets sur le gaspillage alimentaire ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

Selon vous, sont-ils satisfaits ? Pourquoi ?

La nouvelle organisation a-t-elle eu des conséquences sur les conditions de votre organisation/environnement de travail ? Lesquelles ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

Selon vous, cette organisation permet-elle aux saisonniers de s'adapter plus facilement au poste ? Pourquoi ?

Pensez-vous que cette organisation a une incidence financière sur l'établissement ? Comment et pourquoi ?

5) Difficultés rencontrées et solutions apportées :

Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de cette réorganisation ? Si oui, lesquelles et pourquoi ? (personnels, résidents, etc.)

Qu'avez-vous fait pour y remédier ? Quelles solutions ont été apportées pour faire face à ces difficultés ? Si c'est le cas peut être que certains problèmes demeurent ?

6) Perspectives :

Pensez-vous à des améliorations possibles de cette démarche ?

Selon vous, quelle serait la projet de restauration idéal ? Pourquoi ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose, en lien avec le sujet et que nous aurions oublié d'évoquer ?

Merci pour le temps que vous m'avez consacré pour cet entretien.

Annexe 2 : Guide d'entretien de l'équipe soignante

Introduction de l'entretien :

Bonjour,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté cet entretien.

Pour commencer, je vais vous rappeler le contexte de notre entretien. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse à l'évaluation du nouveau projet de restauration, à sa mise en œuvre et aux effets engendrés.

Je vous informe que cet entretien est anonyme. Dans un souci d'une retranscription fidèle de vos propos, je vais enregistrer l'échange si ça ne vous dérange pas ?

1) Talon sociologique

Poste :

Ancienneté à la Résidence du Changeon :

Ancienneté au poste :

2) Connaissance / compréhension du projet de restauration :

Depuis quelques mois, l'EHPAD travaille sur la réorganisation du service de restauration.

Pouvez-vous m'en parler ? De quoi s'agit-il ? En quoi ça consiste ?

Connaissez-vous les raisons de cette réorganisation ? Oui ou non ? (%)

- Si non, évoquer les raisons : loi EGALim produits de proximité, lutte contre le gaspillage alimentaire, qualité la prestation servie

Que pouvez-vous me dire des raisons, des objectifs qui sont à l'origine de la réorganisation ?

- Relance : Que pouvez-vous me dire sur les raisons de cette réorganisation ?
- Quel a été le principal problème dans la précédente organisation ?

Comment cette organisation a-t-elle été mise en place ?

- Relance : Par qui ? Qu'ont-ils fait ? Qui a initié la démarche ? Est-ce qu'il y avait des retours négatifs des résidents/professionnels, etc. ?

Avez-vous été sollicité ? Oui, non ? (%) Comment ? Et pourquoi, sur quels points/thèmes ?

Et les résidents ? Oui, non ? (%) Comment ? Et pourquoi, sur quels points/thèmes ?

Connaissez-vous les actions mises en place avec la nouvelle réorganisation ? (%)

Que pouvez-vous me dire sur les actions mises en place dans cette démarche ? Quelles sont-elles ? Dans quels buts ?

- Relance : Qu'est-ce qui a été changé par rapport à l'ancienne organisation ? Pourquoi ?

Que pensez-vous de ces objectifs ? Selon vous, les objectifs semblent-ils compris par tout le monde ? Pourquoi oui ou non ? (%)

3) Acceptabilité / adhésion / implication :

Quelle a été votre réaction à l'annonce de la mise en place du projet de restauration ? Pourquoi ?

Vous sentez-vous favorable à cette démarche ? Pourquoi ? (%)

Dans quelle mesure vous sentez-vous concerné par la démarche et par les actions menées dans ce cadre ? Pourquoi ? Comment ? (%)

Que pouvez-vous me dire de l'intérêt du personnel pour cette démarche ? (%)

Et l'intérêt des résidents de l'EHPAD ? (%)

Diriez-vous que vous êtes impliqué dans la démarche ? Pourquoi ? Comment ? Si oui ou non pourquoi ? (%)

4) Impacts/changements perçus :

Observez-vous des changements de la part des résidents depuis la mise en place de cette réorganisation ? (%) Lesquels ?

Que pouvez-vous me dire sur les aides aux repas ? Observez-vous des changements de comportements de la part des résidents en aide aux repas ? (%)

- Relance : sur la qualité du temps de repas, sur la quantité mangée, ...

Que pensez-vous des lieux et heures des prises de repas ? Êtes-vous favorable ?

Selon vous, est-ce adapté aux résidents ? (%)

La volonté de l'établissement est de travailler des produits de proximité. Avez-vous observé des changements de la part des résidents ? Si oui, lesquels ? (%)

Observez-vous des effets sur le gaspillage alimentaire ? Oui, non ? (%) Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

Diriez-vous que cela a des conséquences sur la santé des résidents ? Si oui lesquelles ? Pourquoi ? (%)

Selon vous, sont-ils satisfaits ? Pourquoi ? (%)

La nouvelle organisation a-t-elle eu des conséquences sur les conditions de votre environnement/organisation de travail ? Lesquelles ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ? (%)

Selon vous, cette organisation permet-elle aux saisonniers de s'adapter plus facilement au poste ? Pourquoi ? (%)

Pensez-vous que cette organisation a une incidence financière sur l'établissement ? Pourquoi ? (%)

5) Difficultés rencontrées et solutions apportées :

Avez-vous rencontré des difficultés avec la nouvelle organisation ? Si oui, lesquelles et pourquoi ? (%) (Personnels, résidents, etc.)

Qu'avez-vous fait pour y remédier ? Quelles solutions ont été apportées pour faire face à ces difficultés ? Si c'est le cas peut être que certains problèmes demeurent ?

6) Perspectives :

Pensez-vous à des améliorations possibles de cette démarche ?

Selon vous, quelle serait le projet de restauration idéal ? Pourquoi ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose, en lien avec le sujet et que nous aurions oublié d'évoquer ?

Merci pour le temps que vous m'avez consacré pour cet entretien.

Annexe 3 : Tableau synoptique des enquêtés

Date	Enquêté	Emploi	Ancienneté à l'EHPAD	Ancienneté au poste	Durée (min)
02/07/20	E1	Directrice	6 ans	20 ans	63
03/07/20	E2	Responsable restauration	6 mois	15 ans	43
06/07/20	E3	Aide-soignant de nuit	10 ans	13 ans	31
06/07/20	E4	Infirmière diplômée d'état	7 ans	12 ans	45
08/07/20	E5	Agent des services hôteliers	20 ans	28 ans	41
09/07/20	E6	Diététicien	8 ans	10 ans	63
09/07/20	E7	Aide-soignant	14 ans	17 ans	31
09/07/20	E8	Infirmière diplômée d'état Infirmière coordinatrice (IDEC)	9 ans 7 ans	26 ans 7 ans	54
10/07/20	E9	Agent des services hôteliers	15 ans	16 ans	30
10/07/20	E10	Aide-soignant	29 ans	31 ans	45
15/07/20	E11	Ergothérapeute	4 mois	1 an	57
15/07/20	E12	Aide-soignant	9 ans	21 ans	49
15/07/20	E13	Agent des services hôteliers	19 ans	38 ans	29
16/07/20	E14	ASG	9 ans	17 ans	35
16/07/20	E15	Médecin coordonnateur	8 mois	25 ans	43
23/07/20	E16	Infirmière diplômée d'état	4 ans	4 ans	36

Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction de la restauration des résidents – février 2019 et 2020

I. Talon sociologique

Genre :

Age :

Durée de séjour à l'EHPAD :

Gir :

II. Aspects quant à la qualité gustative

1) Etes-vous satisfait de la qualité gustative des repas servis ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

2) Etes-vous satisfait des quantités servies ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

3) Etes-vous satisfait de la diversité des menus

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

4) Etes-vous satisfait de la température des plats ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

5) Etes-vous satisfait de la présentation des assiettes ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

6) Etes-vous satisfait de la prise en compte de vos habitudes alimentaires, de vos goûts et aversions ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

III. Organisation des temps des repas

7) Etes-vous satisfait des horaires des repas ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

8) Etes-vous satisfait des lieux de restauration ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

9) Etes-vous satisfait de l'aide apportée au cours des repas ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

10) Etes-vous satisfait de votre rythme pour le repas ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

11) Etes-vous satisfait de la possibilité de prendre votre repas avec vos proches ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

Ne sait pas : a compris la question mais n'est pas en mesure de répondre

Ne comprend pas : ne comprend pas la question

Merci pour le temps que vous m'avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction de la restauration des résidents – juillet 2020

Introduction au questionnaire :

Bonjour,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de prendre du temps pour répondre au questionnaire de satisfaction.

L'EHPAD travaille sur un nouveau projet de restauration : l'équipe a changé au début de l'année, depuis la fin du confinement l'organisation du temps des repas a été modifié et nous cherchons à savoir si vous en êtes satisfait. Je vous informe que vos réponses seront traitées anonymement.

I. Talon sociologique

Genre :

Age :

Durée de séjour à l'EHPAD :

Gir :

II. Aspects quant à la qualité gustative

1) Etes-vous satisfait de la qualité gustative des repas servis ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

2) Etes-vous satisfait des quantités servies ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

3) Etes-vous satisfait de la diversité des menus

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

4) Etes-vous satisfait de la température des plats ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

5) Etes-vous satisfait de la présentation des assiettes ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

6) Etes-vous satisfait de la prise en compte de vos habitudes alimentaires, de vos goûts et aversions ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

III. Organisation des temps des repas

7) Etes-vous satisfait des horaires des repas ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

8) Etes-vous satisfait des lieux de restauration ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

9) Etes-vous satisfait de l'aide apportée au cours des repas ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

10) Etes-vous satisfait de votre rythme pour le repas ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

11) Etes-vous satisfait de la possibilité de prendre votre repas avec vos proches ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

IV. Mise en place de la nouvelle organisation

12) Depuis le dé-confinement, l'organisation des repas a été modifiée. Avez-vous été sollicité pour connaître vos préférences ?

Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

13) Pour ceux qui mangent en salle à manger : Etes-vous satisfait de pouvoir choisir de dîner en petit salon ou dans votre chambre le soir ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

14) Pour ceux qui mangent en salle à manger : Etes-vous satisfait de la nouvelle organisation du midi ? Les cuisiniers servent les assiettes devant vous

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

15) Pour ceux qui mangent en salon le midi : Depuis le dé-confinement, l'organisation du repas le midi a changé : les aides aux repas ont lieu dans la salle d'animation. Etes-vous satisfait ?

Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

16) Préférez-vous la nouvelle organisation pour les repas du midi et du soir ?

Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas

Commentaires éventuels :

Ne sait pas : a compris la question mais n'est pas en mesure de répondre

Ne comprend pas : ne comprend pas la question

Merci pour le temps que vous m'avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

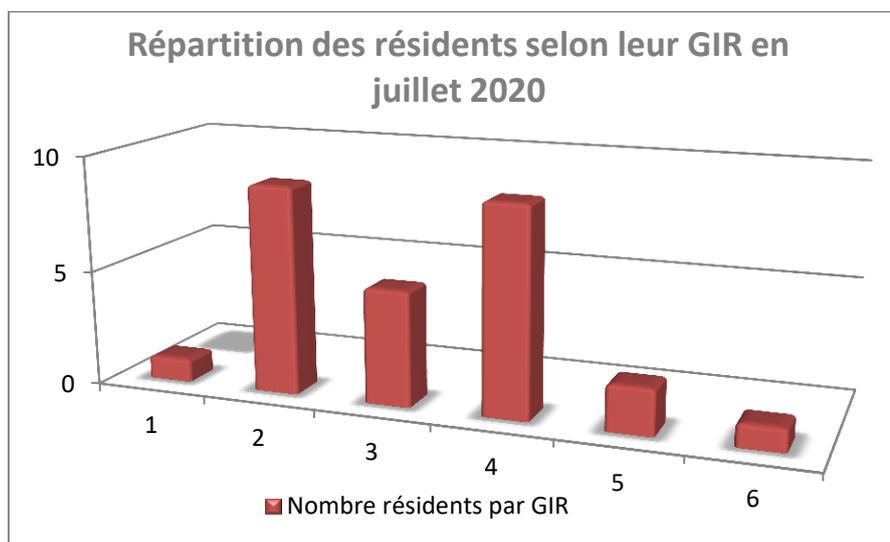
Annexe 6 : Tableau synoptique des résidents questionnés

RESIDENT	GENRE	AGE 07/2020	GIR 02/2019	GIR 02/2020	GIR 07/2020	DUREE SEJOUR
R1	H	84 ans et 9 mois		3	2	7 mois
R2	H	97 ans et 6 mois		4	4	7 mois
R3	H	75 ans et 11 mois	4	4	4	11 ans
R4	H	83 ans et 4 mois	2	2	2	4 ans
R5	F	75 ans et 9 mois	4	3	4	4 ans
R6	H	81 ans et 6 mois	6	6	5	43 ans
R7	F	75 ans et 5 mois		6	5	9 mois
R8	H	86 ans et 4 mois		3	4	6 mois
R9	H	73 ans et 8 mois	4	3	3	4 ans
R10	F	75 ans et 1 mois	2	2	2	42 ans
R11	F	83 ans et 7 mois	4	5	4	2 ans
R12	F	87 ans et 6 mois	2	2	2	2 ans
R13	F	92 ans et 7 mois		4	1	1 an
R14	F	86 et 4 mois	2	2	2	4 ans
R15	F	92 ans et 8 mois		6	4	2ans
R16	F	93 ans et 8 mois			6	6 mois
R17	H	93 ans et 5 mois		2	3	7 mois
R18	F	69 ans et 2 mois		2	3	6 ans
R19	F	82 ans et 5 mois	5	4	4	1 an et demi
R20	F	95 ans et 4 mois		1	2	8 mois
R21	H	80 ans et 3 mois	2	2	3	17 ans
R22	F	94 ans et 7 mois	4	4	3	4 ans
R23	H	95 ans et 1 mois		5	4	9 mois
R24	F	89 ans et 2 mois	2	5	4	1 an et demi
R25	F	84 ans et 11 mois	3	2	2	2 ans
R26	H	93 ans et 11 mois		3	2	7 mois
R27	F	93 ans et 4 mois		4	2	1 an et demi
R28	F	92 ans et 2 mois	6	5	4	2 ans

Annexe 7 : Résultats du questionnaire de satisfaction juillet 2020

I. Talon sociologique

Cf. Tableau synoptique des résidents questionnés (Annexe 6, p.XII)



II. Aspects quant à la qualité gustative

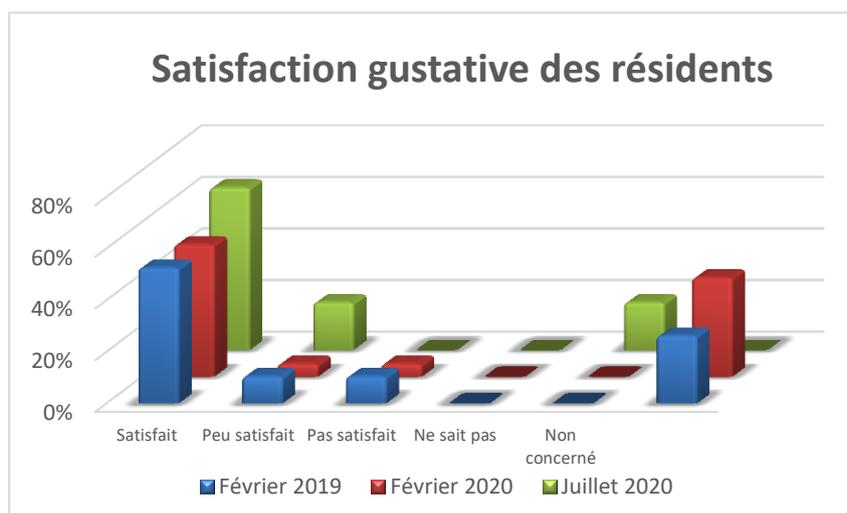
A - La qualité gustative :

Tableau 1 : Répartition de la satisfaction gustative des résidents

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	20	4	4	0	0	10	38
Février 2020	20	2	2	0	0	15	39
Juillet 2020	17	5	0	0	5	0	27

Tableau 2 : Répartition en pourcentage de la satisfaction gustative des résidents

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	53%	11%	11%	0%	0%	26%
Février 2020	51%	5%	5%	0%	0%	38%
Juillet 2020	63%	19%	0%	0%	19%	0%



Commentaires :

« [...] on leur dit que c'est bon ! »

« elle est bonne »

« j'aime pas trop la viande » « A. cuisine le mieux, B. c'est épicé, C. rien d'exceptionnel »

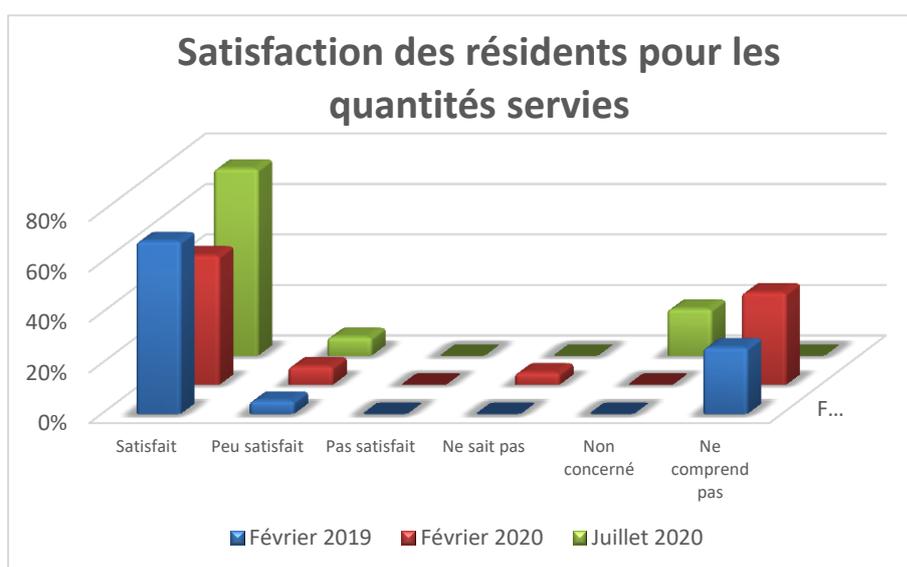
B - Les quantités servies

Tableau 3 : Répartition de la satisfaction des résidents pour les quantités servies

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	26	2	0	0	0	10	38
Février 2020	21	3	0	2	0	15	41
Juillet 2020	20	2	0	0	5	0	27

Tableau 4 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour les quantités servies

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	68%	5%	0%	0%	0%	26%
Février 2020	51%	7%	0%	5%	0%	37%
Juillet 2020	74%	7%	0%	0%	19%	0%



Commentaires :

« Oh oui !!! »

« Parfois, je laisse »

« On est engraisé »

C - Diversité des menus

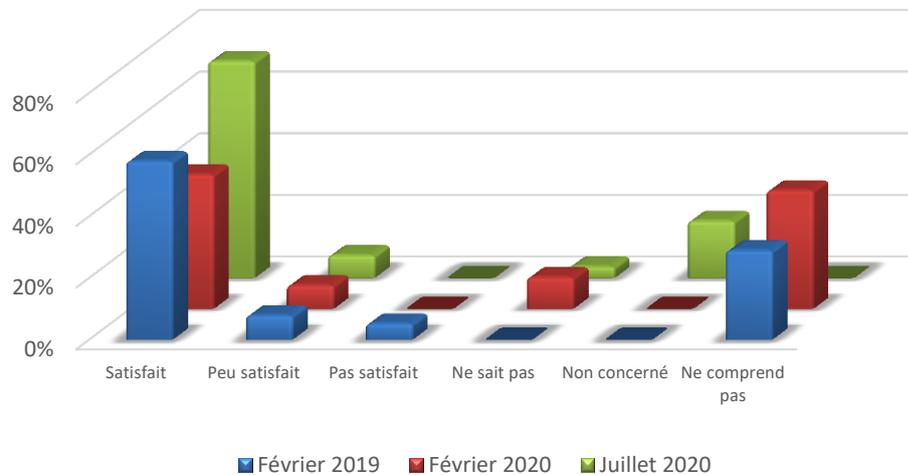
Tableau 5 : Répartition de la satisfaction des résidents pour la diversité des menus

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	22	3	2	0	0	11	38
Février 2020	17	3	0	4	0	15	39
Juillet 2020	19	2	0	1	5	0	27

Tableau 6 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour la diversité des menus

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	58%	8%	5%	0%	0%	29%
Février 2020	44%	8%	0%	10%	0%	38%
Juillet 2020	70%	7%	0%	4%	19%	0%

Satisfaction des résidents pour la diversité des menus



Commentaires :

« C'est mieux maintenant, c'est varié ! »

D - Température des plats / assiettes

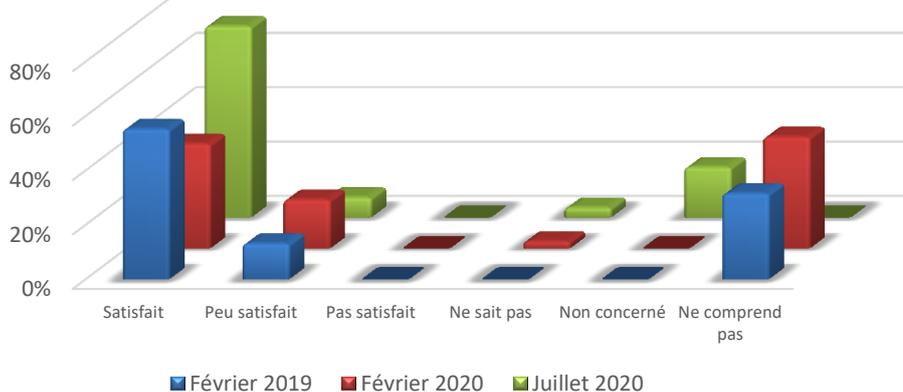
Tableau 7 : Répartition de la satisfaction des résidents pour la température des plats / assiettes

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	21	5	0	0	0	12	38
Février 2020	15	7	0	1	0	16	39
Juillet 2020	19	2	0	1	5	0	27

Tableau 8 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour la température des plats / assiettes

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	55%	13%	0%	0%	0%	32%
Février 2020	38%	18%	0%	3%	0%	41%
Juillet 2020	70%	7%	0%	4%	19%	0%

Satisfaction des résidents pour la température des plats / assiettes



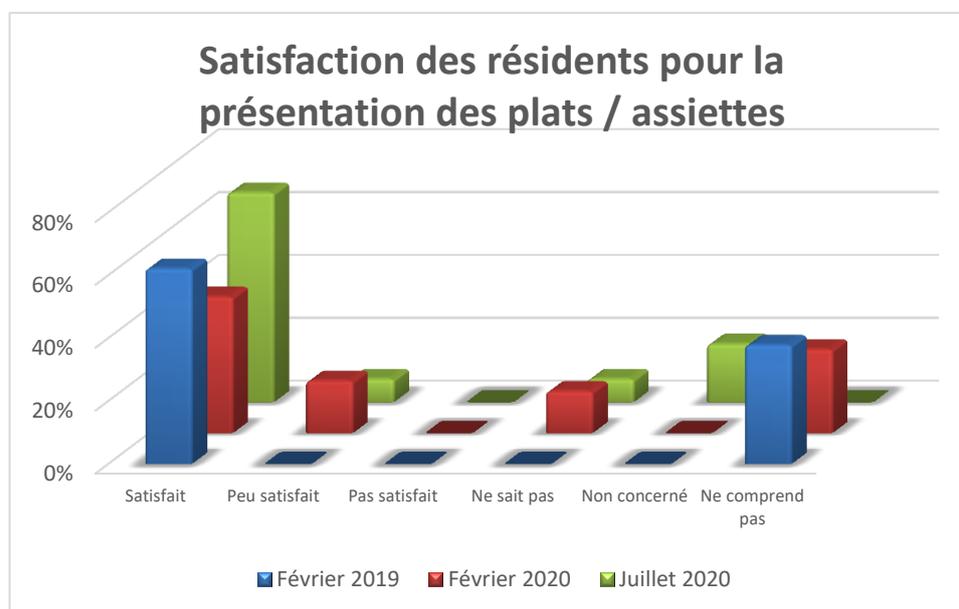
E - Présentation des plats / assiettes

Tableau 9 : Répartition de la satisfaction des résidents pour la présentation des plats / assiettes

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	23	0	0	0	0	14	37
Février 2020	13	5	0	4	0	8	30
Juillet 2020	18	2	0	2	5	0	27

Tableau 10 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour la présentation des plats / assiettes

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	62%	0%	0%	0%	0%	38%
Février 2020	43%	17%	0%	13%	0%	27%
Juillet 2020	67%	7%	0%	7%	19%	0%



Commentaires :

« Quand elle est bien ça donne envie, quand c'est moins bien ça donne moins envie »

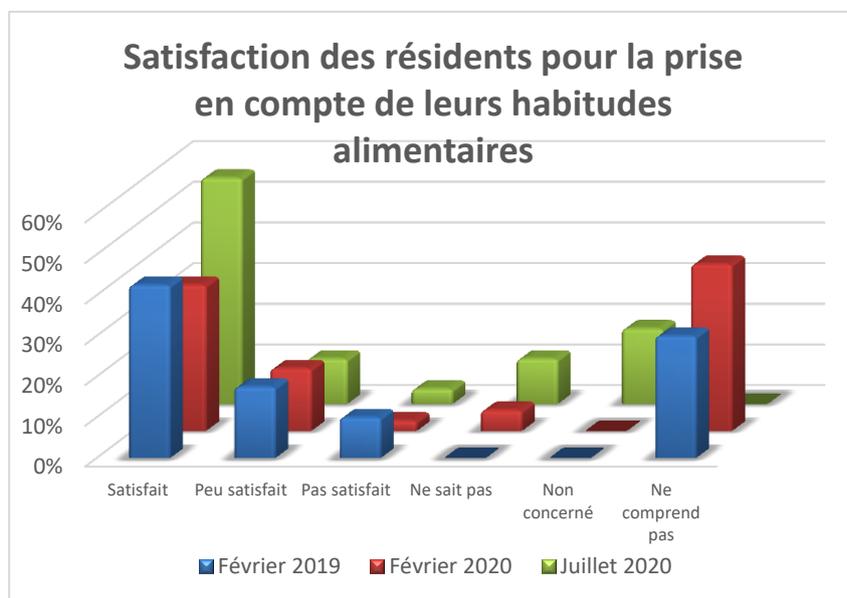
F - Prise en compte des habitudes alimentaires (goûts / aversions)

Tableau 11 : Répartition de la satisfaction des résidents pour la prise en compte de leurs habitudes alimentaires

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	17	7	4	0	0	12	40
Février 2020	14	6	1	2	0	16	39
Juillet 2020	15	3	1	3	5	0	27

Tableau 12 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour la prise en compte de leurs habitudes alimentaires

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	43%	18%	10%	0%	0%	30%
Février 2020	36%	15%	3%	5%	0%	41%
Juillet 2020	56%	11%	4%	11%	19%	0%



Commentaires :

« Je n'ai jamais eu de problème »

« Oui, ils nous questionnent pour savoir »

III. Organisation des temps des repas

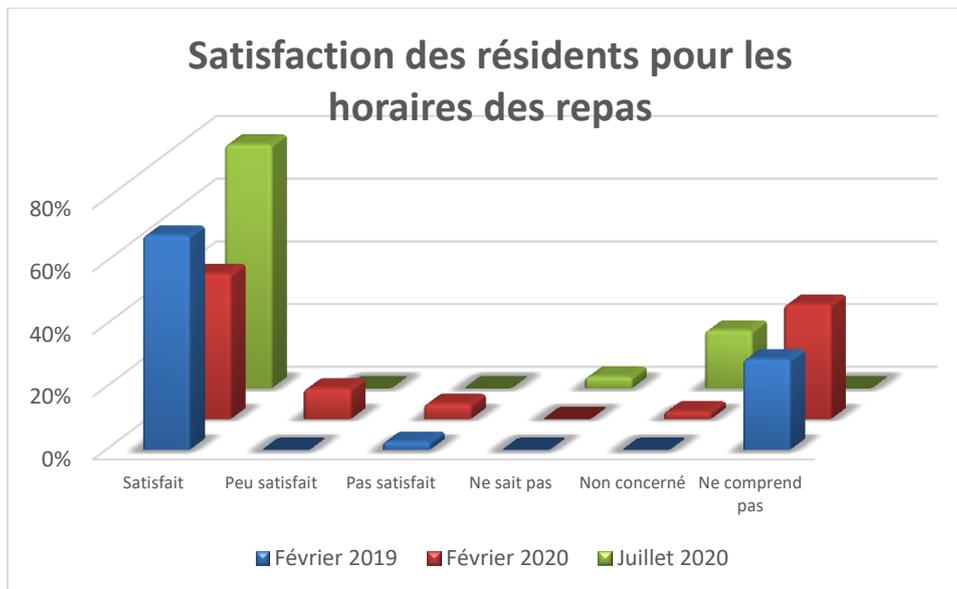
A - Horaires des repas

Tableau 13 : Répartition de la satisfaction des résidents pour les horaires des repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	26	0	1	0	0	11	38
Février 2020	19	4	2	0	1	15	41
Juillet 2020	21	0	0	1	5	0	27

Tableau 14 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour les horaires des repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	68%	0%	3%	0%	0%	29%
Février 2020	46%	10%	5%	0%	2%	37%
Juillet 2020	78%	0%	0%	4%	19%	0%



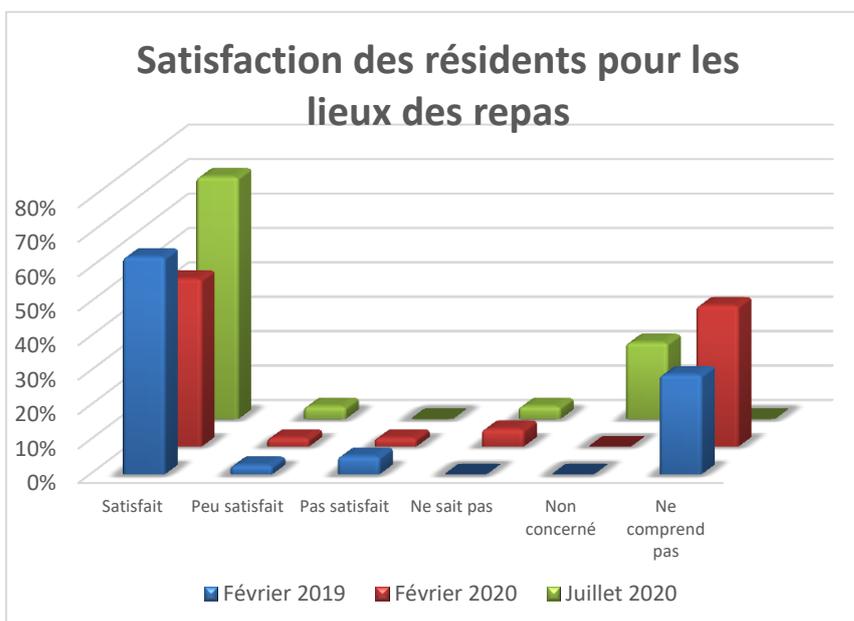
B - Lieux des repas

Tableau 15 : Répartition de la satisfaction des résidents pour les lieux des repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	24	1	2	0	0	11	38
Février 2020	19	1	1	2	0	16	39
Juillet 2020	19	1	0	1	6	0	27

Tableau 16 : Répartition en pourcentage des résidents pour les lieux des repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	63%	3%	5%	0%	0%	29%
Février 2020	49%	3%	3%	5%	0%	41%
Juillet 2020	70%	4%	0%	4%	22%	0%



Commentaires :

« J'aimais bien avant, y avait plus d'ambiance, ça vient aussi du virus. Ce midi je mange avec l'animatrice et M et Mme. »

« Oui, ils nous questionnement pour savoir »

« Oui c'est bien arrangé, c'est propre, c'est impeccable ! »

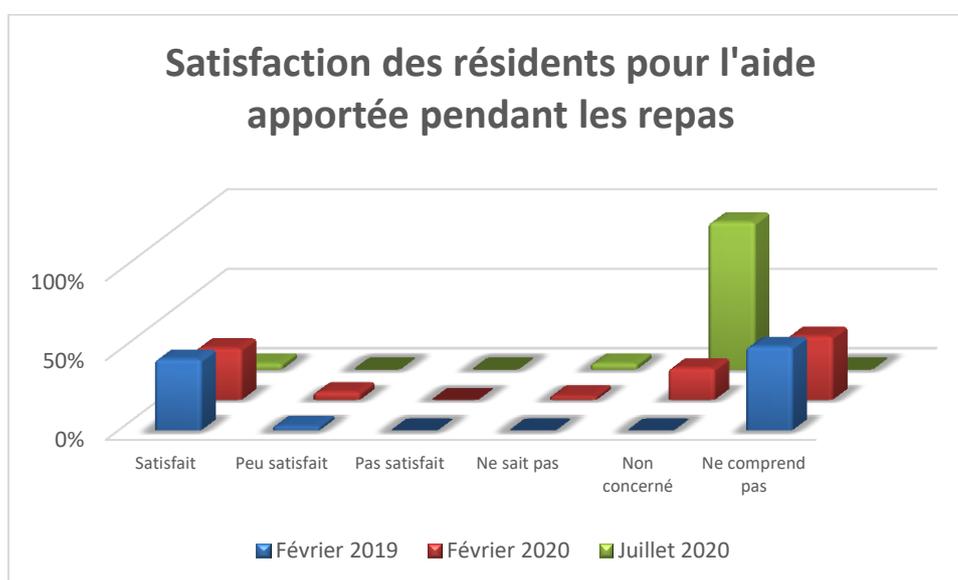
C - Aide apportée au cours des repas

Tableau 17 : Répartition de la satisfaction des résidents pour l'aide apportée pendant les repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	17	1	0	0	0	20	38
Février 2020	13	2	0	1	8	16	40
Juillet 2020	1	0	0	1	25	0	27

Tableau 18 : Répartition en pourcentage de la satisfaction pour l'aide apportée pendant les repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	45%	3%	0%	0%	0%	53%
Février 2020	33%	5%	0%	3%	20%	40%
Juillet 2020	4%	0%	0%	4%	93%	0%



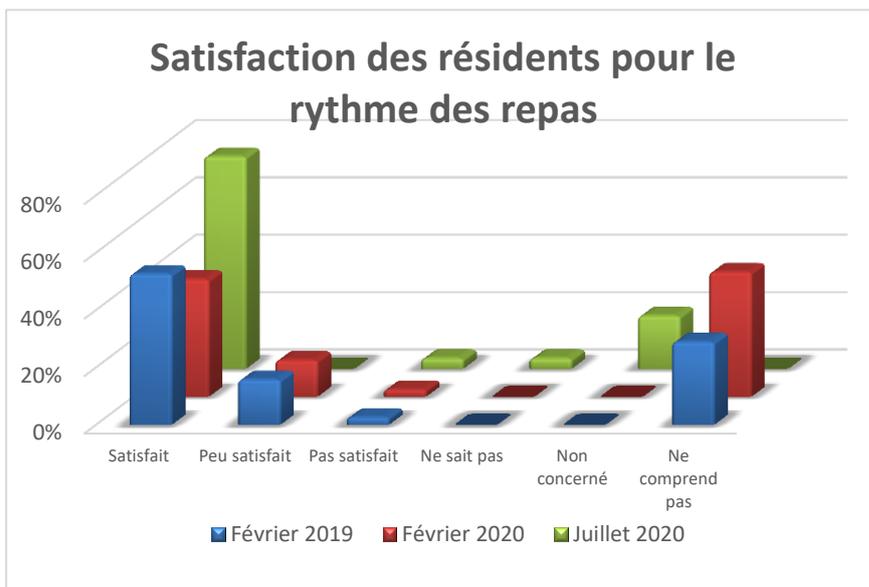
D - Respect du rythme du repas

Tableau 19 : Répartition de la satisfaction des résidents pour le rythme des repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	20	6	1	0	0	11	38
Février 2020	16	5	1	0	0	17	39
Juillet 2020	20	0	1	1	5	0	27

Tableau 20 : Répartition en pourcentage de la satisfaction des résidents pour le rythme des repas

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	53%	16%	3%	0%	0%	29%
Février 2020	41%	13%	3%	0%	0%	44%
Juillet 2020	74%	0%	4%	4%	19%	0%



Commentaires :

« Oh oui, on a le temps »

« C'est suffisant, on peut partir quand on veut »

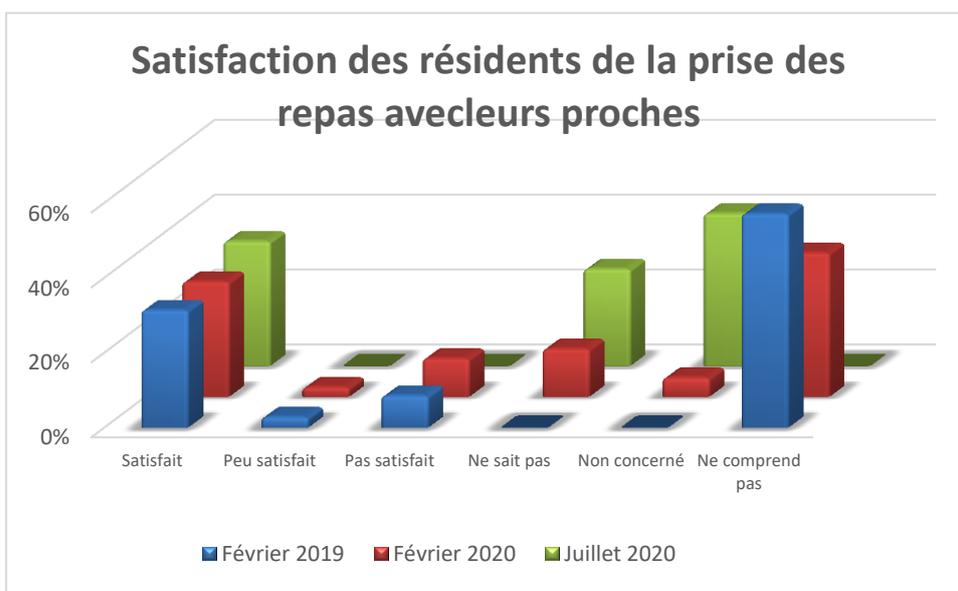
E - Possibilité de prendre le repas avec ses proches

Tableau 21 : Répartition de la satisfaction pour la possibilité de prendre des repas avec leurs proches

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas	Total
Février 2019	11	1	3	0	0	20	35
Février 2020	12	1	4	5	2	15	39
Juillet 2020	9	0	0	7	11	0	27

Tableau 22 : Répartition en pourcentage de la satisfaction pour la possibilité de prendre des repas avec leurs proches

	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Février 2019	31%	3%	9%	0%	0%	57%
Février 2020	31%	3%	10%	13%	5%	38%
Juillet 2020	33%	0%	0%	26%	41%	0%



Commentaires :

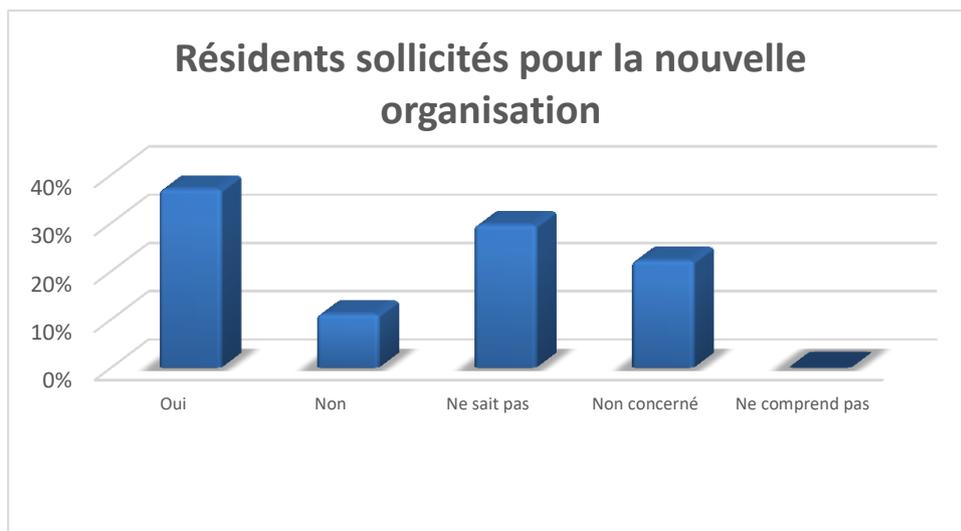
« Ils travaillent »

IV. Mise en place de la nouvelle organisation

A - Sollicitation pour la mise en place de la nouvelle organisation

Tableau 23 : Répartition des résidents sollicités pour la nouvelle organisation

Juillet 2020	Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Nombre	10	3	8	6	0
Pourcentage	37%	11%	30%	22%	0%



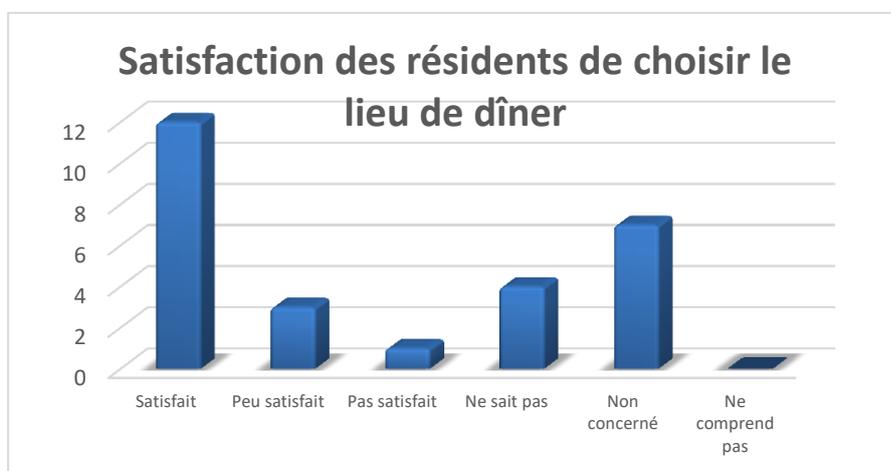
Commentaires :

« Oui on m'a demandé »

B - Satisfaction de choisir le lieu du dîner

Tableau 24 : Répartition de la satisfaction des résidents de pouvoir choisir le lieu de dîner

Juillet 2020	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Nombre	12	3	1	4	7	0
Pourcentage	44%	11%	4%	15%	26%	0%



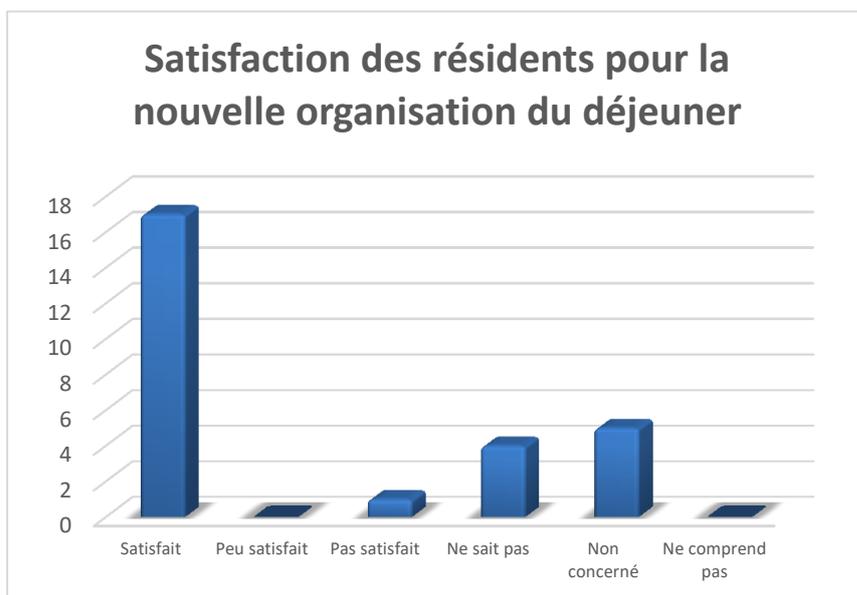
Commentaires :

« J'aime pouvoir manger dans ma chambre le soir »

C - Satisfaction de la nouvelle organisation du déjeuner

Tableau 25 : Répartition de la satisfaction pour la nouvelle organisation du déjeuner

Juillet 2020	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Nombre	17	0	1	4	5	0
Pourcentage	63%	0%	4%	15%	19%	0%



Commentaires :

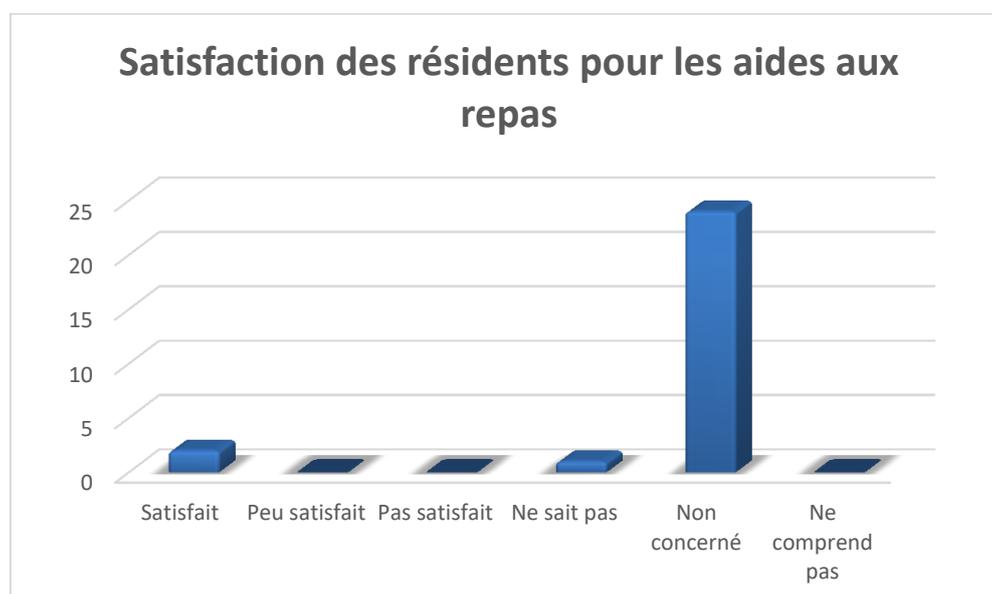
« Je suis contente, ils discutent, ils coupent nos fruits »

« Très gentils les cuisiniers, ils parlent avec nous on leur dit que c'est bon »

D - Satisfaction de l'aide au repas dans la salle d'animation

Tableau 26 : Répartition de la satisfaction des résidents pour les aides au repas

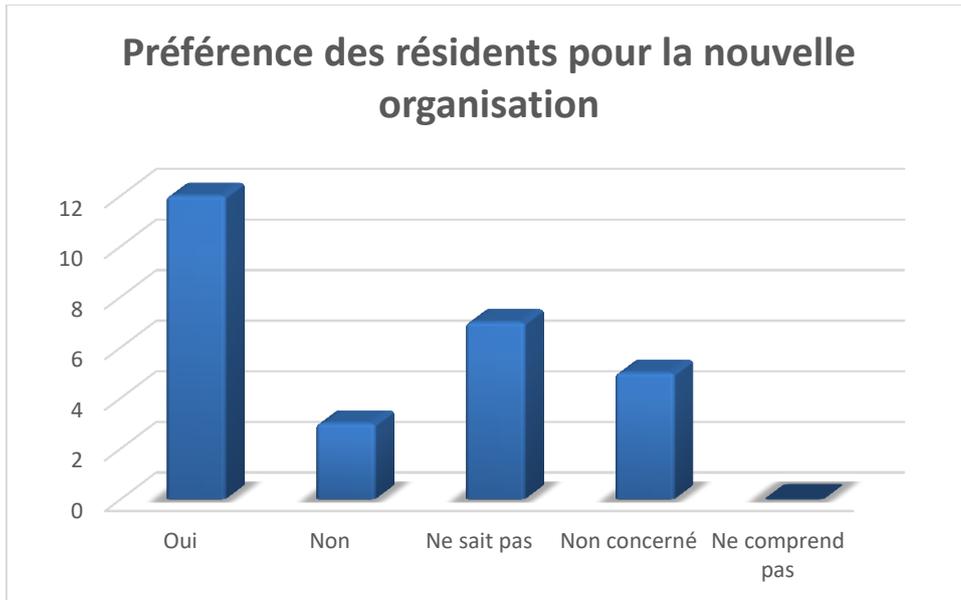
Juillet 2020	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Nombre	2	0	0	1	24	0
Pourcentage	7%	0%	0%	4%	89%	0%



E - Préférence pour la nouvelle organisation

Tableau 27 : Répartition des préférences des résidents pour la nouvelle organisation

Juillet 2020	Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné	Ne comprend pas
Nombre	12	3	7	5	0
Pourcentage	44%	11%	26%	19%	0%



Annexe 8 : Tableau comparaison poids et IMC des résidents

Résidents	Janvier		Juin		Ecart
	KGS	IMC	KGS	IMC	KGS
R1	63	28	72	32	9
R2	61	27	62	28	1
R3	106	33	105	33	-1
R4	61	27	64	28	3
R5	43	20	44	20	1
R6	61	21	59	21	-2
R7	54	26	50	24	-4
R8	72	26	76	28	4
R9	71	33	72	34	1
R10	80	31	80	31	0
R11	63	26	64	27	1
R12	35	17	36	17	1
R13	72	35	79	38	7
R14	68	34	68	34	0
R15	49	20	50	21	1
R16	47	20	46	19	-1
R17	51	24	53	24	1
R18	52	32	51	23	-1
R19	58	23	57	23	-1
R20	59	26	59	26	0
R21	48	23	49	23	1
R22	62	26	63	27	1
R23	67	28	68	28	1
R24	61	30	62	31	1
R25	64	28	61	26	-3
R26	49	20	50	21	1
R27	63	26	63	27	1
R28	89	43	91	44	3
Prise de poids moyenne					0,964 kgs

Les cellules surlignées correspondent aux personnes dénutries.

Annexe 9 : Etude comparative du coût de revient du repas

Tableau 1 : Estimation du prix de revient du repas entre janvier et juin 2020

ESTIMATION PRIX DE REVIENT 2020 AVEC AUGMENTATION DES ENERGIES DE 5%					
DEPENSES			RECETTES		
Compte			Compte		
	Repas non facturés	27 391		Repas facturés	370
	<i>Résidents (8 951 journées x 3)</i>	<i>26 853</i>	7081	<i>Repas accompagnants</i>	
	<i>Invitations familles à l'entrée du résident</i>	<i>6</i>	7081	<i>Repas du personnel</i>	<i>370</i>
	<i>Stagiaires</i>	<i>48</i>	7085	<i>Formations extérieures</i>	
	<i>Repas des familles</i>	<i>0</i>	7081	<i>Stagiaires</i>	
	<i>COFIL et formations internes</i>	<i>72</i>			
	<i>Repas thérapeutiques</i>	<i>412</i>			
	<i>Repas des bénévoles</i>	<i>0</i>			
60611	1/5 de l'eau consommée	380,51			
60612	1/3 de l'électricité consommée	5 374,10			
6063	Alimentation	43 843,48			
64111	Personnel	44 824,73			
6811	Amortissements	1 020,24			
2154	<i>Bâtiment (1/10ème)</i>	<i>619,13</i>			
2188	<i>Matériels de cuisine</i>	<i>121,41</i>			
2154	<i>Eplucheuse à légumes</i>	<i>137,36</i>			
2154	<i>Chauffe-brique</i>	<i>28,34</i>			
2154	<i>Blendeur / mixeur</i>	<i>114,00</i>			
		Repas servis	27 761		
		COUT TOTAL	95 443,06 €		
		COUT DU REPAS	3,44 €		

Tableau 2 : Comparaison du prix de revient du repas et des masses budgétaires entre 2015 et 2020

	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Montant extrapolé	Evolution
Nombre de repas	55 851	2,32%	54 681	-2,10%	55 051	0,68%	55 297	0,41%	54 696	3,23%	55 522	1,51%
Denrées alimentaires	88 440,72 €	-2,06%	78 826,63 €	-8,91%	79 555,28 €	0,92%	88 132,32 €	10,78%	90 985,03 €	29,55%	87 686,96 €	-3,62%
Frais personnel	84 286,98 €	21,37%	80 741,38 €	4,20%	77 387,89 €	-4,15%	79 208,92 €	10,78%	102 614,74 €	29,55%	89 649,46 €	-12,63%
Amortissements	1 910,18 €		2 042,48 €		2 042,48 €	0,00%	2 042,48 €		2 042,48 €		2 042,48 €	
Energies	9 056,61 €	6,80%	9 946,05 €	1,10%	10 761,99 €	8,20%	9 053,40 €	-15,87%	10 961,18 €	21,07%	11 509,24 €	5,00%
Prix du repas	3,29 €	4,29%	3,14 €	-4,55%	3,08 €	-1,91%	3,22 €	4,77%	3,78 €	17,39%	3,44 €	-8,99%

Tableau 3 : Comparaison du prix moyen entre 2015 et 2019 par rapport à 2020

	Montant moyen entre 2015 et 2019	Montant extrapolé 2020	Evolution
Nombre de repas	55 115	55 522	0,74%
Denrées alimentaires	85 188,00 €	87 686,96 €	2,93%
Frais personnel	84 847,98 €	89 649,46 €	5,66%
Amortissements	2 016,02 €	2 042,48 €	1,31%
Energies	9 955,85 €	11 509,24 €	15,60%
Prix du repas	3,30 €	3,44 €	4,18%

Annexe 10 : Analyse stratégique à partir de la matrice SWOT

	POSITIF <i>pour atteindre l'objectif</i>	NEGATIF <i>pour atteindre l'objectif</i>
INTERNE <i>origine organisationnelle</i>	<p><u>FORCES :</u></p> <p>Leadership : Nouvelle équipe cuisine facilitatrice et actrice du projet : le responsable restauration est force de proposition</p> <p>Redonner du sens : La productivité du temps de travail, en limitant les transferts inutiles, favorise davantage la mission principale des agents, c'est-à-dire, prendre soin et accompagner les résidents. En ce sens, en leur permettant de se consacrer davantage au résident, cela redonne du sens à leur travail</p>	<p><u>FAIBLESSES :</u></p> <p>Communication : Communication non efficiente envers l'ensemble des agents et des résidents pouvant mettre à mal l'avancée du projet. Communication non efficiente entre les agents, nécessité de renforcer les outils.</p> <p>Cadre de la salle à manger : Une salle de restauration qui manque de convivialité et qui pourrait pourtant améliorer davantage la prestation servie.</p> <p>Charge de travail : Sentiment de charge de travail plus conséquent, étape d'adaptation essentielle qui sollicite un effort supplémentaire pour sortir de la routine professionnelle. Il faudrait faire le point quelques mois après les rouages mis en place.</p>
EXTERNE <i>origine environnementale</i>	<p><u>OPPORTUNITES :</u></p> <p>Contexte du COVID-19 : Confinement qui a imposé la restauration en chambre, organisation d'urgence qui a permis de montrer à chaque acteur sa capacité d'adaptation</p> <p>Outils du CD35 : Travaux de groupe proposés au CD35 pour accompagner les ESMS vers les pratiques bientôt imposées par la loi EGALim Audit du gaspillage alimentaire pour éventuellement dégager des mannes financières</p>	<p><u>MENACES :</u></p> <p>Aspect financier : Aujourd'hui, coût de l'approvisionnement en circuit court non contrôlé. Le département a été clair que cette politique devrait se faire à moyens constants, il est donc nécessaire de trouver un équilibre budgétaire pour la pérennisation de cette démarche.</p>

Analyse et Management des Organisations de Santé

Promotion 2019 – 2020

La restauration en EHPAD***Comment concevoir, mettre en œuvre et évaluer une politique de restauration adaptée en EHPAD ?*****Résumé :**

L'alimentation des personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique. Les personnes âgées, dont leur prévalence est en nette augmentation, sont des personnes à risque de dénutrition. La dénutrition de ces sujets conduit à des conséquences délétères qui menacent leur santé et pèsent lourdement sur les finances publiques et des établissements.

Cette étude s'intéresse à concevoir, mettre en œuvre et évaluer une politique de restauration adaptée en EHPAD avec l'analyse du contexte, des modalités de mise en œuvre et des objectifs recherchés. L'analyse porte aussi sur les résultats pour les résidents, pour l'organisation du travail ou encore pour la soutenabilité financière et propose des axes d'amélioration et de pérennisation de la démarche.

L'étude montre des incidences positives pour la satisfaction des résidents et sur l'organisation de l'établissement ce qui participe à l'amélioration continue de la qualité. Une vigilance sera apportée toutefois à la soutenabilité financière de cette politique. Une évaluation à l'issue de la mise en place de l'ensemble des objectifs sera nécessaire, notamment pour s'intéresser aux aspects relatifs à la loi EGALim et apprécier de manière significative l'ensemble des tenants et des aboutissants de cette démarche.

Mots clés :

Personnes âgées – Dénutrition – EHPAD – Politique de restauration – Amélioration de la qualité – Individualiser la prise en charge – Productivité du temps de travail – Soutenabilité financière

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.