



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissements Sanitaires  
Sociaux et Médico-Sociaux**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

---

**Optimiser la fonction restauration en  
institution, un enjeu majeur de la  
restructuration d'un EHPAD**

L'exemple des établissements de santé de Gorze (57-Moselle)

---

**Laure VUKASSE**

---

# Remerciements

---

Ce mémoire est l'aboutissement d'une réflexion globale sur la fonction restauration aux établissements de santé de Gorze (ESG). De nombreux acteurs ont participé à ce travail qui a nécessité un investissement très important. Aussi, j'adresse mes remerciements les plus chaleureux à toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de cet ouvrage et en particulier à :

**Docteur Denis JACQUAT**, Président du Conseil d'Administration de l'EHPAD de Gorze, Député de la Moselle à qui je dois mes premiers engagements institutionnels. Investie du dossier relatif à la restructuration de l'EHPAD en tant que directeur adjoint, j'ai bénéficié de toute sa confiance pour porter ce projet dont la complexité ne fait aucun doute tant du point de vue politique que financier.

**Monsieur Roger Dalla Costa**, Directeur des ESG, maître de stage. Il m'a accompagnée, soutenue et éclairée dans cette démarche et dans mes futures fonctions de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Homme de conviction, il a su me faire partager ses valeurs humaines et professionnelles basées sur le respect et le bien être des personnes âgées.

**Madame Christelle ALLOUIS**, responsable de la qualité et de la gestion des risques aux ESG. Sa contribution dans l'élaboration et l'exploitation des questionnaires de satisfaction des usagers dans le domaine de la restauration, m'a apporté une expertise indispensable.

**Monsieur Franck HAAS**, responsable des services économiques et logistiques et **Monsieur Christian GENIN** responsable de la cuisine des ESG. Leur collaboration et leur engagement dans ce travail ont facilité mes démarches au sein de la structure.

**Madame Marlène MEYER**, cadre de santé, pour son dévouement et sa connaissance du terrain. Nos échanges m'ont permis d'enrichir ce mémoire d'un point de vue opérationnel.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 L'alimentation des personnes âgées, un enjeu de santé publique et un défi, au plan local, pour les ESG</b> .....	<b>3</b>
1.1 Un cadre réglementaire de plus en plus contraignant.....	3
1.1.1 Au plan national .....	3
1.1.2 Au plan régional .....	6
1.1.3 Au niveau local.....	8
1.2 Un projet de restructuration qui impacte la fonction restauration .....	10
1.2.1 Du fait de la délocalisation d'un nouvel EHPAD .....	10
1.2.2 Du fait des conséquences financières qu'il entraîne .....	12
1.2.3 Du fait d'une volonté tutélaire de rationaliser les moyens logistiques .....	14
<b>2 Diagnostic et analyse du bilan de la fonction restauration aux ESG</b> .....	<b>17</b>
2.1 Une prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière perfectible .....	17
2.1.1 Une nécessaire remise en question de la fonction restauration.....	17
2.1.2 Une cuisine traditionnelle rythmée par les habitudes.....	21
2.1.3 Des contraintes liées aux aspects économiques et qualitatifs .....	23
2.2 Un bilan contrasté analysé avec la méthode SWOT.....	25
2.2.1 Les force et les faiblesses .....	25
2.2.2 Les opportunités et les risques.....	26
<b>3 Quel avenir pour la restauration aux ESG ? Faut-il faire ou faire faire ? Faut-il changer de process ?</b> .....	<b>27</b>
3.1 Maintenir le système actuel de production des repas en le rénovant.....	27
3.1.1 Le maintien d'une restauration en gestion directe .....	27
3.1.2 Faut-il changer de process ?.....	29
3.1.3 Conséquences organisationnelles et financières du maintien d'une restauration autogérée .....	31
3.2 Abandonner le système actuel de production des repas .....	33
3.2.1 Concéder la restauration à une entreprise privée ou à une collectivité .....	33
3.2.2 Adhérer à un groupement de coopération sanitaire.....	35
3.2.3 Conséquences organisationnelles et financières liées à l'adhésion à un GCS alimentaire.....	38
<b>4 Quelles propositions pour une optimisation de la fonction restauration ?</b> .....	<b>43</b>
4.1 Actions immédiates destinées à améliorer la prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des résidents.....	43

4.1.2	Des instances consultatives confortées et la participation des résidents renforcée .....	46
4.1.3	Le bien être des résidents au cœur du projet restauration .....	48
4.2	L'externalisation de la restauration dans le cadre d'un GCS .....	50
4.2.1	Une dynamique directoriale .....	50
4.2.2	Démarche projet pour piloter l'externalisation de la fonction restauration....	52
4.2.3	Un plan de communication adapté et un plan de formation ambitieux, fédérateur de tous les acteurs.....	54
	<b>Conclusion .....</b>	<b>57</b>
	<b>Sources et Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

APA	:	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	:	Agence régionale de santé
AS	:	Aide soignante
ASH	:	Agent des services hospitaliers
CAF	:	Capacité d'auto financement
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHT	:	Communauté hospitalière de territoire
CHSCT	:	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CLAN	:	Comité de liaison alimentation nutrition
CME	:	Commission médicale d'établissement
CNA	:	Conseil national d'alimentation
COFIL	:	Comité de pilotage
CSP	:	Code de la santé publique
CTE	:	Comité technique d'établissement
CVS	:	Conseil de vie sociale
DDPP	:	Direction départementale de la protection des populations
EHPAD	:	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
EPDS	:	Etablissement public départemental de santé
EPP	:	Evaluation des pratiques professionnelles
ESG	:	Etablissements de santé de Gorze
GCS	:	Groupement de coopération sanitaire
GIR	:	Groupe iso ressource
HACCP	:	Hazard analysis critical control point
HAD	:	Hospitalisation à domicile
HAS	:	Haute autorité de santé
HBD	:	Hygiène bucco dentaire
HPST	:	Hôpital, patient, santé, territoire
IDE	:	Infirmière diplômée d'état
IGAS	:	Inspection générale des affaires sociales
IMC	:	Indice de masse corporelle
IPAQSS	:	Indicateur de la qualité et de la sécurité des soins
MNA	:	Mini nutritional assesement
NASA	:	National aeronautics and space administration
PGDR	:	Plan régional de gestion des risques
PMS	:	Plan de maîtrise sanitaire

PNNS	:	Programme national nutrition santé
PRS	:	Plan régional de santé
PSRS	:	Plan stratégique régional de santé
PUI	:	Pharmacie à usage interne
SIH	:	Syndicat inter hospitalier
SLD	:	Soins de longue durée
SROMS	:	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	:	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	:	Soins de suite et de réadaptation
SWOT	:	Streugts – Weaknesses – Opportunities – Threats
TIAC	:	Toxi-infection alimentaire collective
UCPA	:	Unité centrale de production alimentaire
URCAM	:	Union régionale des caisses d'assurance maladie

## Introduction

Les institutions hébergeant des personnes âgées dépendantes, publiques et privées représentent environ 10 300 établissements pour un total de 684 000 lits et places installés<sup>1</sup>. Le vieillissement de la population et l'entrée de plus en plus tardive en institution, placent ces structures devant de nombreux défis parmi lesquels la qualité de la restauration. Celle-ci revêt une importance particulière, tant du point de vue du soin, que de celui de la qualité gustative. Il est fondamental en effet de veiller à la prévention de la dénutrition et de la déshydratation des personnes âgées, si l'on souhaite éviter la survenue de drames comme celui de 2003, où la canicule avait entraîné la mort de 70 000 personnes en Europe et environ 20 000 en France<sup>2</sup>. Mais il faut également fournir un effort particulier au niveau de la qualité, car force est de constater que l'aspect qualitatif de la restauration est encore trop souvent relégué au second plan par les établissements. Les pouvoirs publics ont pris conscience de cette nécessité de placer la fonction restauration au cœur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes au travers de textes réglementaires de plus en plus précis et contraignants. Cette évolution vers une recherche d'optimisation de la qualité est récente et de nature à revaloriser l'image des institutions hébergeant des personnes âgées dépendantes et fragiles, la prestation restauration étant très souvent un critère de choix prépondérant pour les résidents et leurs familles. Le présent mémoire a pour ambition de montrer que la restructuration d'un EHPAD peut constituer une réelle opportunité de repenser et d'optimiser la fonction restauration en institution. Il s'agit, au travers de l'analyse de l'existant et de ce qui est projeté par la direction et les instances, de proposer une réflexion sur ce qu'est aujourd'hui la restauration dans des grands ensembles et ce qu'elle devrait être à l'avenir, sachant que les familles ressentent très souvent un sentiment de culpabilité vis-à-vis de parents qu'ils ont dû, pour des raisons diverses, placer en institution. Offrir une qualité de prestation alimentaire, nutritionnelle mais aussi hôtelière peut en grande partie répondre à ce sentiment en rassurant les familles sur le fait que leurs parents seront pris en charge dans un environnement sécurisé et de qualité.

Trois éléments principaux ont motivé le choix de ce mémoire :

- La problématique de la dénutrition des personnes âgées hébergées en institution : quels moyens mettre en œuvre, quelle politique définir pour la limiter voire l'éradiquer ?
- Le nécessaire engagement dans une stratégie d'amélioration durable de la qualité de la restauration et de l'hôtellerie en institution : est-il possible d'égayer la vie de nos aînés au

---

<sup>1</sup>, DRESS, 19 août 2009, Enquête – Les résidents en EHPA, Paris

<sup>2</sup> HEMON D., JOUGLA E., septembre 2003, Rapport INSERM - estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques, Paris, La documentation française p 54

travers d'une restauration collective revalorisée, attirante, aux couleurs de la vie ?

- L'efficacité : l'amélioration de la qualité et de la sécurité doit être, dans un environnement financier contraint, compatible avec les ressources dont dispose un établissement. Mais peut-on faire mieux avec des moyens identiques, voire avec des moyens en diminution ?

Telles sont les questions qui ont guidé ce mémoire qui s'appuie sur une méthodologie de terrain appliquée dans l'établissement où j'ai effectué mon stage et qui a principalement consisté en des entretiens semi directifs avec le chef d'établissement et le Président du conseil d'administration, des visites ciblées dans l'ensemble des services de soins et à la cuisine centrale et enfin en plusieurs enquêtes de satisfaction menées auprès de la population hébergée et auprès du personnel. Cette démarche pragmatique m'a permis de découvrir puis de mieux connaître le fonctionnement et l'organisation des ESG, structure située dans le département de la Moselle et ayant pour particularité la coexistence de deux entités juridiques différentes, l'une dépendant du sanitaire, l'autre du médico-social, ce qui explique l'existence d'un conseil de surveillance (CS) et d'un conseil d'administration (CA). Quoiqu'il en soit et en dépit de cette dichotomie, l'établissement qui compte 305 lits et places a pour principale caractéristique d'héberger des personnes âgées très dépendantes, souffrant pour la plupart de maladies psychiatriques et de pathologies invalidantes liées au grand âge. L'environnement était donc particulièrement propice à une étude sur la restauration, dans la mesure où il est prévu d'engager prochainement la restructuration de 100 lits d'EHPAD sur un site distant. L'éclatement de la structure sur deux sites, prévu à l'horizon 2017, aura une incidence directe sur la fonction restauration et il conviendra alors de trouver la solution la plus adaptée pour répondre aux attentes des personnes âgées vivant dans l'institution tout en étant conforme à la réglementation en vigueur.

La première partie de ce mémoire abordera les aspects réglementaires applicables aux établissements assurant une restauration collective et elle précisera le contexte de cette étude. La deuxième partie établira un bilan critique de l'existant et proposera une analyse synthétique de la situation. La troisième partie traitera des différentes possibilités offertes à l'établissement. Faut-il maintenir le système existant et à quelles conditions ? Faut-il concéder la fonction restauration en tout ou partie à un prestataire extérieur public ou privé ? Ou ne serait-il pas préférable d'adhérer à un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ? Enfin, dans la dernière partie, je proposerai en tant que futur Directeur d'établissement, en les argumentant, d'une part la mise en œuvre immédiate d'un certain nombre de mesures dans le domaine de la restauration aux ESG destinées à améliorer sensiblement la qualité et la sécurité alimentaire et d'autre part, lorsque le nouvel EHPAD sera construit et opérationnel, l'intégration des ESG dans le GCS « alimentaire » en cours de constitution.



# **1 L'alimentation des personnes âgées, un enjeu de santé publique et un défi, au plan local, pour les ESG**

Longtemps négligée dans les établissements de santé, l'alimentation des personnes âgées représente aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. Cette prise de conscience se traduit par un cadre réglementaire de plus en plus exigeant, des plans nationaux nutrition santé et par la sensibilisation des professionnels.

## **1.1 Un cadre réglementaire de plus en plus contraignant**

Axée dans un premier temps sur la sécurité alimentaire, la réglementation comprend désormais la qualité des menus proposés. Ces dispositifs se déclinent au niveau régional au moyen du plan régional de santé (PRS) et au niveau local au travers du projet d'établissement, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des conventions tripartites.

### **1.1.1 Au plan national**

Le programme national nutrition santé (PNNS), 3<sup>ème</sup> génération, réaffirme la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge des personnes âgées d'un point de vue nutritionnel.

#### **A) Le PNNS 3 prolonge et consolide les actions préexistantes**

Introduit dans le Code de la santé Publique (CSP) dans son article L 323-1, le PNNS 2011-2015 succède à deux précédents programmes respectivement initiés par les pouvoirs publics en 2001 et en 2006. Ce programme, appelé aussi PNNS3, définit les objectifs de la politique nutritionnelle du Gouvernement et vise à favoriser l'amélioration de l'état nutritionnel de la population au travers de programmes et d'actions ciblées, de prévention, d'information, et de prise en charge, plus particulièrement dans les établissements d'hébergement. Il a pour ambition, à tous les stades de la vie, la mise en œuvre d'actions destinées à prévenir les pathologies liées soit à des déficiences alimentaires soit à des mauvaises habitudes alimentaires. Les deux premiers PNNS n'ont que partiellement atteint les objectifs qu'ils s'étaient fixés notamment au niveau de la prévalence du surpoids ou de l'obésité. Suite à un rapport plutôt critique de l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS) de mai 2010<sup>3</sup>, le PNNS2 a été complété en 2006 par un plan spécifique obésité. S'agissant du domaine particulier des personnes hospitalisées et des personnes âgées dépendantes hébergées en établissements, ces plans se sont traduits par des préconisations de la Haute Autorité en Santé (HAS) dans le

---

<sup>3</sup> IGAS, avril 2010, *Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010, Tome 1, Paris, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, p128 et p 70113*

cadre des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) en nutrition. Mais force est de constater que dans la plupart des établissements, si l'accent est effectivement mis sur la sécurité et l'hygiène, la procédure de certification étant obligatoire, de gros progrès sont encore à réaliser au niveau de la qualité des plats servis dans l'assiette du patient ou du résident en EHPAD. En dépit de ces résultats contrastés, le PNNS constitue néanmoins un levier très intéressant pour développer au sein de l'établissement une nouvelle politique de la restauration. Parallèlement au PNNS, la réglementation sur les contrôles d'hygiène et de sécurité dans les cuisines s'imposent aux établissements depuis plusieurs années et constituent pour eux, non pas une obligation de moyen mais une obligation de résultat.

### **B) Les contraintes de l' HACCP, définition et conséquences organisationnelles**

La méthode très largement utilisée par les établissements de santé ou hébergeant des personnes âgées dépendantes pour assurer une prestation conforme aux normes d'hygiène et destinée à garantir une sécurité alimentaire maximale aux consommateurs, est aujourd'hui bien maîtrisée. Il s'agit de la démarche HACCP (« Hazard Analysis Critical Control Point » en anglais ou « Analyse des dangers, points critiques pour leur maîtrise » en français) dont l'objectif est d'analyser tout au long du processus lié à la fabrication de repas dans le domaine collectif, les dangers, les points critiques dans le but de les maîtriser à chacune des étapes.<sup>4</sup> La réglementation impose de mettre en œuvre ce type de démarche dans toutes les entreprises publiques et privées qui préparent des aliments et en assurent la distribution en restauration collective (cantines scolaires, hôpitaux, EHPAD). La démarche HACCP initialement appliquée par la NASA (National aeronautics and space administration) et l'armée américaine au début des années 1960, destinée à garantir la sécurité des aliments des astronautes, a été introduite et généralisée par plusieurs directives européennes reprises dans le droit national. Nous retiendrons principalement les règlements européens N° 178/2002 du 28 janvier 2002 et N° 852/2004 du 29 avril 2004 <sup>5</sup> surnommés le « FOOD LAW » qui, outre la création d'une Autorité européenne de sécurité des denrées alimentaires ont fixé les règles applicables dans le domaine de l'hygiène alimentaire, tant pour les professionnels que pour les services de contrôles, comme ceux des services vétérinaires. Ces règles ont été reprises dans un arrêté interministériel (défense, agriculture et pêche, santé, commerce et artisanat) du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social et plus récemment dans un arrêté du 21 décembre 2009 qui fixe dans une annexe I les températures de conservation des

---

<sup>4</sup> Démarche HACCP en restauration – CPRC – édition BPI, p 7-8

<sup>5</sup> Règlement CE N°852/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires. Règlement (CE) n°852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, J.O.U.E du 30 avril 2004, L139.

aliments et dans une annexe IV, les dispositions spécifiques pour les établissements de restauration collective<sup>6</sup>. Enfin, chaque dirigeant est tenu d'indiquer dans un plan de maîtrise sanitaire (PMS) créé par un arrêté du 4 juin 2012 modifiant celui du 8 juin 2006 l'ensemble des mesures prises par son établissement pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire des productions vis à vis des dangers chimiques, biologiques et physiques<sup>7</sup>. L' HACCP impose des contraintes d'organisations particulièrement drastiques et de nombreux organismes de formation agréés proposent aujourd'hui des programmes destinés à analyser les méthodes de travail, à identifier les points critiques, à évaluer les risques d'apparition des dangers liés à ces derniers et à définir les mesures préventives, ainsi que les systèmes de surveillance nécessaires. Cet ensemble de préconisations et d'actions a pour objectif principal d'éviter la survenue d'infections alimentaires chez un public fragilisé par l'âge et la dépendance. La formation dans ce domaine en constante évolution, est un élément essentiel. Elle est la clef de voûte indispensable à une bonne maîtrise de la sécurité des aliments, mais pour qu'elle soit efficace, il est impératif de définir une organisation adaptée susceptible d'évaluer les risques potentiels mais aussi et surtout d'y répondre. Pour ce faire, la désignation dans chaque cuisine d'un référent « qualité / sécurité » de la chaîne alimentaire et dans les grandes unités de production, d'une équipe HACCP chargée de veiller à ce que les protocoles mis en place soient respectés, constituent les premiers éléments de réponse à intégrer dans un projet de réhabilitation de la fonction restauration. Outre la formation, initiale et continue, les responsables de cuisine doivent veiller en permanence à ce que les règles d'hygiène soient connues de tous et maîtrisées par l'ensemble des personnels qui concourent à la fabrication des repas dans l'institution, les bonnes pratiques en hygiène étant la base essentielle d'une bonne compréhension de la méthode HACCP et de son appropriation. Il s'agit d'une démarche continue de maintien et d'amélioration de la sécurité, de la qualité et de l'hygiène alimentaire, démarche relativement lourde pour les petits et moyens établissements. Si la réglementation est abondante dans le domaine de la sécurité alimentaire, il n'en va pas de même au niveau de la qualité des repas servis en institution. Ce n'est que très récemment en effet que le législateur s'est intéressé à cette question, laquelle, force est de le constater, n'a jamais été la préoccupation première des gestionnaires.

---

<sup>6</sup> Arrêté du 21 décembre 2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant. J.O. n° 303 du 31 décembre 2009, Texte n° 241

<sup>7</sup> Arrêté du 4 juin 2012 modifiant l'arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément sanitaire des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale. J.O. n°135 du 12 juin 2012

### **C) Le Décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans les établissements sociaux et médico-sociaux**

La restauration collective est devenue un véritable enjeu économique. Trois milliards de repas sont servis chaque année en restauration collective pour un chiffre d'affaire de 17 milliards d'euros<sup>8</sup>. Aujourd'hui, les personnes âgées en EHPAD, ont la possibilité d'avoir accès à une alimentation de qualité en restauration collective. C'est sur ce postulat que le Décret du 30 janvier 2012<sup>9</sup> précité a posé des principes particulièrement novateurs ; celui de proposer quatre ou cinq plats à chaque déjeuner ou dîner, celui de respecter les exigences en matière de taille des portions et de fréquence des repas et celui d'adapter les plats proposés aux goûts et habitudes alimentaires des résidents. Ces exigences constituent en effet une véritable révolution si elles devaient être mises en application dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 comme le prévoit le Décret. Il convient cependant de regretter d'une part que les arrêtés d'application de ce texte n'aient pas été publiés, et d'autre part que les termes employés fassent déjà l'objet, alors même que le texte n'est pas applicable en l'espèce avant la date fixée (1<sup>er</sup> juillet 2013), d'une interprétation. Par exemple, il paraît évident, pour l'ensemble des professionnels de la restauration, qu'il sera impossible à un établissement de proposer quatre ou cinq « plats » à chaque repas. En revanche, proposer quatre ou cinq aliments pour un même repas est dans le domaine du possible. Ce texte présente cependant deux intérêts majeurs, celui de s'intéresser à la qualité du repas servi dans l'assiette, et celui d'adapter la fréquence des repas aux exigences du « consommateur ». L'aspect gustatif et l'adaptation de la fréquence des repas deviennent dans ce texte deux objectifs fondamentaux (placés en première et deuxième position dans le Décret) après celui obligatoire et désormais bien maîtrisé, de la sécurité. La nécessité de porter une plus grande attention à la qualité de la prise en charge des personnes âgées hébergées en institution est aussi la préoccupation de l'ARS de la région Lorraine au travers du PRS 2012-2016<sup>10</sup>.

#### **1.1.2 Au plan régional**

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, les ARS ont pour mission d'élaborer des PRS, lesquels définissent une politique globale relative à la prise en charge des patients et des résidents sur leur territoire. Le plan stratégique régional de santé (PSRS) est une composante essentielle du PRS.

---

<sup>8</sup> GROUPE PRIVE D'ETUDES ECONOMIQUES XERFI, novembre 2011 – *Etude sur la restauration collective*

<sup>9</sup> Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux. *J.O.* n° 26 du 31 janvier 2012, texte n° 52

<sup>10</sup> ARS LORRAINE, *Le plan stratégique régional de santé – PSRS*, (visité le 27 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/>

## **A) Le PRS et le PSRS Lorraine traite la question du vieillissement de la population et de sa prise en charge**

Le PSRS de la région Lorraine porte sur quatre départements (Meuse – Moselle – Meurthe et Moselle et Vosges) qui constituent chacun un territoire de santé au sens de l'article L 1434-16 du CSP.

Le PSRS fait le constat que la population de la Région qui comptait au 1er janvier 2008, deux millions trois cent mille habitants, est une population vieillissante, à l'instar de la population française et qu'il convient en conséquence de porter une attention particulière au devenir de cette population. Un des grands principes retenus est, comme dans la plupart des régions françaises, celui du maintien à domicile des personnes âgées, grâce aux services d'aide à domicile, d'hospitalisation à domicile (HAD) et de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Mais au delà de ce principe, l'élévation de l'espérance de vie constatée dans la Région, pose la question de l'offre de lits en EHPAD, puisqu'il est démontré que les personnes âgées entreront plus tardivement dans les institutions avec des degrés de dépendance beaucoup plus élevés et des pathologies très invalidantes, comme la maladie d'Alzheimer, nécessitant un environnement particulier. Le constat général posé par le PRS Lorraine est que l'offre de lits d'hébergement pour personnes âgées est nombreuse et diversifiée mais répartie de façon très inégalitaire entre les différents territoires de la région. Face à ce constat, le PRS Lorraine a fixé quatre priorités régionales de santé publique parmi lesquelles la priorité n° 3 qui est celle de « maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées ». Les préconisations relatives à ces populations hébergées en institution font l'objet du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)<sup>11</sup>, complément du PSRS.

## **B) Les préconisations du SROMS Lorraine**

L'objectif du SROMS Lorraine, programme intégré au PRS, est, ainsi qu'il est rappelé en introduction « de rendre lisibles toutes les ressources, d'optimiser l'existant, de coordonner les compétences et de favoriser toutes les initiatives pour améliorer la qualité de vie des populations concernées. Ce public fragile nécessite des réponses adaptées et individualisées tout au long de son parcours de vie ». Les premières lignes du texte sont claires et clairement posées, il s'agit pour l'ARS Lorraine de promouvoir dans le SROMS, une politique d'amélioration continue de la qualité de prise en charge de la personne âgée. Ce principe sera défini, retenu et appliqué dans le projet d'établissement à la fonction restauration.

---

<sup>11</sup> ARS LORRAINE, *Le schéma régional d'organisation médico-sociale - SROMS*, (visité le 27 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/>

### **C) Le plan régional de gestion des risques (PGDR)**

Il est désormais très largement admis que l'état bucco dentaire et les besoins en soins dentaires constituent pour les résidents d'un EHPAD un risque très important pouvant conduire à la malnutrition. Une étude inter régionale a ainsi été réalisée en 2008 et 2009 dans le cadre du programme régional de travail de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Lorraine sur le thème « évaluation des besoins et de la prise en charge bucco dentaire des personnes âgées en EHPAD »<sup>12</sup> Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'organisation mise en place par ces établissements (un peu plus de 450 structures avaient été interrogées). L'objectif était de dresser un bilan de l'état bucco dentaire et des besoins en soins dentaires des résidents. Les résultats de cette enquête sont particulièrement significatifs puisque seuls 11% des EHPAD avaient mis en place un examen bucco dentaire à l'admission et 54% des personnels estimaient que l'hygiène bucco dentaire (HBD) était mal appréhendée dans leur établissement, faute de temps ou de matériel. Peu disposaient des services d'un dentiste et seuls 25% des personnels interrogés avaient été formés à l'HBD. Quant aux besoins des personnes âgées, les résultats étaient là aussi alarmants puisque 60% des résidents avaient besoin d'au moins une extraction dentaire, 60% avaient au moins une dent cariée et 75% nécessitaient des soins dentaires allant des soins conservateurs aux détartrages. En outre plus de 40% d'entre eux n'avaient pas de prothèse inférieure complète. Or, le mauvais état dentaire d'une personne âgée, peut avoir des conséquences dramatiques sur la nutrition mais aussi augmenter le risque d'infection, l'enquête précitée ayant montré que les déficits étaient essentiellement concentrés sur les personnes les plus dépendantes dont l'état de santé requiert un classement dans les groupe iso ressources 1 et 2 (GIR1 et GIR2). Les douleurs ou des dents mobiles participent également à la dénutrition de la personne âgée. De plus, cette situation engendre très souvent des pathologies associées : infections sur prothèses dentaires, infections sur autres prothèses (stimulateurs cardiaques), pneumopathies par inhalation. De plus, une mauvaise dentition entraîne une perte de confiance et un repli sur soi. La prévention et la prise en charge de ces problèmes majeurs de santé passe d'abord par une prise de conscience des dirigeants d'établissements de l'importance de l'hygiène bucco dentaire et de la nécessité au plan local d'inscrire dans le projet d'établissement et dans le projet de vie du résident, un programme de gestion de ces risques.

#### **1.1.3 Au niveau local**

La réglementation, les plans nationaux de santé publique et le PRS doivent être relayés par les établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS) au niveau local.

---

<sup>12</sup> FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, « Qualité et sécurité des soins » in FACULTE DE MEDECINE, Journée Performance, Nancy, 29 septembre 2011

**A) Le projet d'établissement, une déclinaison des objectifs nationaux et régionaux au plan institutionnel,**

Le projet d'établissement des ESG est arrivé à son terme au 31 décembre 2011 et, comme la réglementation le prévoit, il a été réécrit pour la période 2012-2016. Ce projet à cinq ans définit les objectifs et les orientations de l'établissement dans les domaines du soin, du projet de vie du résident, de l'amélioration continue de la qualité et pour ce qui concerne l'aspect restauration, de la mise en place d'une politique revalorisée de la fonction restauration. A partir d'une analyse de la population hébergée au sein des ESG, le projet d'établissement décline au plan local les préconisations édictées au niveau national et régional. S'agissant de la fonction restauration, ce projet retient quatre objectifs principaux : optimiser l'aide au repas, s'assurer de la qualité diabétique et du suivi des régimes, développer une ambiance « restaurant » dans les salles à manger, utiliser la restauration comme animation.<sup>13</sup> Le projet d'établissement reprend en partie les préconisations nationales, en définissant un plan d'action basé sur la méthode HACCP, en s'inscrivant dans les orientations du SROMS Lorraine et en mettant en application les préconisations du Décret du 30 janvier 2012 notamment en ce qui concerne les horaires et la fréquence des repas. Cependant, il ne prévoit ni la mise en place d'une politique de prévention de la dénutrition et de la gestion des risques, ni celle d'une politique améliorée de la qualité, et ne se prononce pas sur le type de restauration qui sera retenu après la restructuration de l'EHPAD. Un avenant à ce projet devrait, en toute logique, venir compléter les orientations qui sont inscrites dans ce document et je suggère dans la quatrième partie de mon mémoire un certain nombre d'actions et de mesures complémentaires destinées à renforcer de manière significative la qualité de la restauration aux ESG.

**B) Un programme de formation des personnels : de la cuisine aux services de soins**

L'amélioration continue de la qualité passe nécessairement par la formation, c'est la raison pour laquelle le projet d'établissement a donné une place centrale à la formation des personnels ayant un lien avec la fonction restauration. Le plan de formation s'adresse aux personnels de la cuisine, aux agents des services et aux agents chargés du service en salle. La formation destinée aux personnels affectés à la cuisine touche en premier lieu la sécurité alimentaire et l'hygiène (méthode HACCP), et en second lieu, la qualité et la présentation des plats. Celle proposée aux agents des services de soins porte sur les bonnes pratiques d'hygiène, le service en salle et sur la problématique de la maltraitance, ce sujet étant particulièrement sensible dans les EHPAD et pouvant se révéler notamment à l'occasion de la prise des repas. Il s'agit d'une formation à long terme (5 ans) qui

---

<sup>13</sup> *Projet d'établissement des ESG – page 150*

épouse la durée du projet d'établissement et qui a pour objectifs l'atteinte de l'excellence tant au niveau de l'hygiène et de la sécurité alimentaire qu'à celui de la qualité gustative et de la présentation des repas et bien entendu du service à table.

### **C) L'association des différentes instances à la démarche proposée**

Comme le rappelle l'article L 6143-1 du CSP « le CS délibère sur le projet d'établissement » Le législateur a voulu donner une importance capitale au projet d'établissement en confiant au CS le soin d'en délibérer et à l'ARS de l'approuver, puisque ce projet doit être compatible avec les préconisations du PRS. Le projet d'établissement des ESG a par conséquent été présenté aux différentes instances consultatives, comité technique d'établissement (CTE), commission médicale d'établissement (CME) et doit l'être avant la fin de l'exercice 2012 aux instances délibératives (CS et CA) de l'établissement. Une démarche participative a été mise en place en amont pour que la totalité du personnel non seulement soit informée des objectifs prioritaires mais aussi et surtout pour qu'elle y adhère pleinement. Un comité de pilotage (COFIL) a ainsi été créé et des groupes de travail ont mené une réflexion en interne sur différents thèmes liés à la prise en charge des résidents au sein des ESG. Ont été associés à cette démarche les familles des résidents mais aussi les représentants des usagers qui siègent au CS. Chacun a pu ainsi s'approprier le projet et tous sont désormais conscients que les axes qui ont été définis dans le projet d'établissement, notamment dans son volet alimentation, contribueront à l'amélioration continue de la sécurité alimentaire et à l'adaptation des repas aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes. Une analyse critique de l'existant abordée dans la deuxième partie de ce mémoire, montre en effet que ce n'est pas tout à fait le cas aux ESG.

## **1.2 Un projet de restructuration qui impacte la fonction restauration**

La restructuration de l'EHPAD comporte deux volets : la construction et la délocalisation d'une structure de 100 lits et la réhabilitation de l'EHPAD existant. Ce projet impactera la fonction restauration, à la fois au plan financier et au plan organisationnel.

### **1.2.1 Du fait de la délocalisation d'un nouvel EHPAD**

Le choix d'une délocalisation de 100 lits d'EHPAD à Ars-sur-Moselle émane d'une décision politique et financière.

### **A) Contexte de l'opération de restructuration**

Les ESG comptent, à ce jour, deux bâtiments implantés sur un même site, en limite du village de Gorze : un établissement public départemental de santé (EPDS) et un EHPAD de 200 lits. L'EHPAD actuel souffre de divers dysfonctionnements et d'une réelle vétusté de ses espaces comme de ses installations qui datent, en grande partie, des années



soixante dix. Ces éléments constituent un obstacle au travail des équipes, à la prise en charge des résidents, à leur confort (il existe encore des chambres à 3 lits) et à leur qualité de vie quotidienne. Face à cette situation, à l'isolement de Gorze par rapport à la ville de référence (Metz), aux contraintes extrêmes du site lui même (forte déclivité), il a été décidé le transfert d'une partie de la capacité de l'EHPAD et la construction d'une annexe, d'une capacité de 100 lits, sur un terrain appartenant à la commune d'Ars-sur-Moselle, située à 8 kilomètres de Gorze. La décision d'implanter le nouvel établissement à Ars-sur-Moselle, a été prise en fonction de deux critères principaux : d'une part la volonté de rapprocher l'offre d'hébergement de l'origine géographique des résidents, celle-ci montre en effet une prépondérance de résidents provenant de l'agglomération messine et d'autre part l'aspect financier, la mairie d'Ars-sur-Moselle s'étant engagée à céder pour l'euro symbolique un terrain constructible approprié. Sur les 100 lits prévus, le nouvel EHPAD accueillera deux unités Alzheimer de 14 lits qui seront implantées de plain pied et disposeront de jardins bien identifiés permettant aux résidents désorientés de déambuler librement.

#### **B) Impact du projet sur la fonction restauration**

La construction sur un site distant d'une structure annexe représentant le tiers des lits des ESG (100 sur 300), pose la question de la future organisation à mettre en place au niveau de la restauration. En effet, que le système de production actuel soit ou non maintenu, la direction et le CS devront avoir intégré, en toute connaissance, les impacts organisationnels et financiers des trois grandes options possibles en la matière : maintien du système actuel de production des repas, appel à un prestataire de service extérieur public ou privé (concession de la fonction restauration), collaboration avec d'autres établissements hospitaliers dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Cette mutation incontournable liée à la distance entre le site actuel et le futur EHPAD doit bien entendu tenir compte du contexte social.

#### **C) Importance du contexte social**

La réorganisation de la fonction restauration nécessite la prise en compte du contexte social, des souhaits des résidents et de leur famille. Elle doit répondre aux craintes liées au changement, exprimées par les personnels concernés par ces transformations. Elle doit, par ailleurs, recueillir l'adhésion pleine et entière des responsables politiques et des autorités de tutelle. C'est la raison pour laquelle la direction des ESG devrait réactiver le COPIL, constitué pour le projet d'établissement afin d'analyser, en totale transparence, les conséquences liées aux différentes solutions envisageables, les impacts financiers étant, dans le contexte actuel du financement des EHPAD, un des éléments à prendre en considération pour un choix éclairé.

## 1.2.2 Du fait des conséquences financières qu'il entraîne

Les EHPAD ont fait l'objet en 1999 d'une réforme tarifaire de grande ampleur dont le texte fondateur est un Décret du 26 avril 1999 relatif à leurs modalités de tarification et de financement<sup>14</sup>. Ces établissements depuis cette date sont financés par trois tarifs : **Un tarif « hébergement »** journalier ou prix de journée, à la charge du résident ou de sa famille (au titre de l'obligation alimentaire entre ascendants et descendants) ou de l'aide sociale départementale, s'il remplit les conditions pour en bénéficier, **un tarif « dépendance »** réparti en six GIR dont le montant varie avec le degré de dépendance du résident et qui est soit à sa charge, soit à celle de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), **un forfait « soins »** à la charge de l'assurance maladie, traduisant l'effort national de solidarité en faveur des soins aux personnes âgées hébergées en institutions. Pour résumer, toute personne hébergée dans un EHPAD devra payer le prix de journée « hébergement » et le tarif « dépendance » applicable au GIR 5 (aide à la toilette, au repas) et au GIR 6 (autonomie dans les actes courants). Les tarifs GIR 1 (déments grabataires) GIR 2 (personnes alitées mais lucides) GIR 3 (fonctions mentales altérées avec conservation des capacités motrices) et GIR 4 (aides ponctuelles aux repas et lors des transferts) sont soit à la charge du résident, soit à la charge de l'APA. Par ailleurs, il est important de bien connaître les dépenses qui relèvent de chacun de ces tarifs ou, en termes comptables, de ces trois sections tarifaires : section tarifaire « hébergement », section tarifaire « dépendance » et section tarifaire « soins ».

**La section tarifaire « hébergement »** couvre toutes les dépenses à caractère hôtelier et de gestion générale et principalement s'agissant de la restauration : les dépenses de personnel affecté à la fonction restauration (cuisine, service à table, nettoyage, réception des produits), les dépenses alimentaires (produits utilisés pour la fabrication des repas), les dépenses d'amortissement et d'intérêts financiers des emprunts liés aux constructions et aux acquisitions ou renouvellements d'équipements destinés à la restauration.

**La section tarifaire « dépendance »** couvre les dépenses liées directement à la prise en charge de la dépendance. Elles doivent être isolées dans la comptabilité analytique et être affectées à cette section. En règle générale, leur poids dans le budget est très inférieur à celui des dépenses d'hébergement et de soins. Le forfait « soins » ne couvre pas en principe les dépenses d'amortissements et de frais financiers. En conséquence, le coût de la restructuration d'un EHPAD va être intégralement répercuté sur le prix de journée « hébergement » et donc payé par le résident ou sa famille ou encore par l'aide sociale départementale, ce qui constitue un élément extrêmement important du futur choix relatif à la restauration aux ESG.

---

<sup>14</sup> Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD J.O. n° 98 du 27 avril 1999

**La section tarifaire « soins »** couvre les dépenses liées aux soins et principalement : les dépenses de personnel médical et soignant (IDE, AS), les dépenses à caractère médical (produits pharmaceutiques, petit matériel médical). A ce sujet il convient de noter que les dépenses de couches et d'alèses sont affectées à l'hébergement et non au soin.

#### **A) Coût d'objectif du projet et impact sur les prix de journée**

L'impact financier d'un projet d'investissement sur les prix de journée dépend d'abord et avant tout du coût de ce projet et de son plan de financement (qui paie ?) Ce n'est que lorsque ce plan de financement est connu et arrêté que l'on peut calculer le montant des surcoûts d'exploitation qui y sont liés. Le plan de financement détermine les ressources qui vont pouvoir être mobilisées pour financer un investissement. Celles-ci sont au nombre de trois : **l'autofinancement**, c'est à dire la capacité d'un établissement à financer ses investissements au moyen des ressources générées par son exploitation courante grâce aux dotations aux amortissements et aux excédents d'exploitation. Un établissement déficitaire par exemple, dégrade sa capacité d'autofinancement (CAF) ; cet indicateur est aujourd'hui, dans un contexte de crise, très observé par les autorités de tarification, **les dotations en capital ou plus couramment les subventions d'investissement** ; Il s'agit de ressources extérieures, devenues très rares, voire inexistantes avec la crise financière et budgétaire, **le recours à l'emprunt**, il s'agit d'une solution retenue par une majorité d'établissements mais qui comporte un risque majeur, celui de s'endetter au delà de ses capacités à rembourser ses emprunts. Pour ce qui concerne la restructuration de l'EHPAD aux ESG, le plan de financement connu au moment de la rédaction du présent mémoire était le suivant :

<b>Coût de la restructuration de l'EHPAD</b>	18 000 000 € 10 000 000€ pour la construction neuve 8 000 000€ pour la restructuration de l'existant
<b>Autofinancement</b>	Non connu
<b>Subvention départementale</b>	6 300 000€ (35% du coût d'objectif)
<b>Recours à l'emprunt</b>	11 700 000€ 65% du coût d'objectif)

Le recours à l'emprunt représente la part la plus importante du financement du projet.

Les surcoûts d'exploitation qui, comme nous l'avons vu plus haut, seront intégralement pris en charge par le prix de journée sont liés au remboursement des intérêts financiers de l'emprunt et à l'amortissement de la construction et de la restructuration. En l'espèce, ils peuvent être calculés comme suit :

<b>Intérêts financiers de l'emprunt</b> Hypothèse d'un taux fixe de 4,5% sur une durée de 20 ans	526 500€ la première année de remboursement
<b>Amortissement de la restructuration - construction</b> Sur l'hypothèse d'un amortissement linéaire d'une durée de vie prévisionnelle de 40 ans	450 000€ par an pendant 40 ans (18 000 000€ / 40)

Le surcoût total serait donc de 976 500€. Rapporté au nombre de journées prévisionnelles (250 lits) soit 87 000 journées, le surcoût journalier sur le tarif d'hébergement peut être estimé à +11€ par jour (chiffre arrondi). Le prix de journée moyen étant actuellement de 62€, la restructuration de l'EHPAD ferait passer ce tarif à 73€, soit une hausse de +18%. Le montant mensuel à payer par chaque résident passerait de 1 860€ à 2 190€ obligeant chaque résident (ou l'aide sociale) à déboursier 330€ de plus chaque mois. Cette augmentation des prix de journées pour les résidents et leurs familles représente un exercice particulièrement difficile pour le gestionnaire et pour l'autorité de tarification. L'objectif du chef d'établissement sera de faire en sorte de diminuer cet impact soit en trouvant d'autres aides financières, soit en obtenant des taux d'intérêts plus bas.

### **B) Avec une volonté affichée des autorités de tarification de limiter les augmentations des prix de journées**

Les tarifs d'hébergement des EHPAD sont fixés annuellement par l'autorité de tarification sur la base d'un historique mais aussi sur celle d'un taux d'évolution des dépenses, arrêté de concert entre l'établissement et le département, au cours d'une négociation budgétaire. Ce taux est depuis la réforme de la tarification assez bas (entre 1 et 2% par an) et chaque département a pour objectif de limiter les augmentations des prix de journée en institutions, pour une raison simple qui tient au fait qu'il est en charge de l'aide sociale, et que cette dépense pèse de plus en plus lourd dans son budget. Par ailleurs, il existe une grande dispersion des tarifs entre les établissements à l'intérieur d'un même département. Le prix de journée des ESG est un des plus élevés de la Moselle et se situe largement au dessus de la moyenne des prix pratiqués par les EHPAD du département. Aussi, il apparaît nettement souhaitable, si la construction de l'EHPAD est engagée, de rechercher des sources d'économies potentielles, de nature à limiter l'augmentation du prix de journée. Dans de telles conditions, un des objectifs principaux inscrit dans le projet d'établissement est de restructurer l'EHPAD, tout en tenant compte de cette contrainte budgétaire en engageant toutes les démarches possibles auprès des collectivités territoriales afin d'atténuer l'impact de cette restructuration au plan économique

#### **1.2.3 Du fait d'une volonté tutélaire de rationaliser les moyens logistiques**

La fonction première d'un établissement de soins ou d'hébergement consiste à soigner et non à assurer des fonctions de soutien comme la restauration ou la blanchisserie. La question de la rationalisation de ces fonctions est ancienne et de nombreux gestionnaires y ont répondu soit en les externalisant en totalité ou en partie, soit en s'intégrant dans des coopérations inter hospitalières.

Dans un contexte économique et financier où les ressources deviennent de plus en plus rares, il devient incontournable de connaître le coût de revient de ces fonctions et le cas

échéant de vérifier si une fonction auto gérée est plus ou moins coûteuse qu'une fonction déléguée à un prestataire externe. La rationalisation des moyens logistiques s'inscrit par ailleurs dans un contexte de déficits publics qui ne cessent de croître et elle constitue, à n'en pas douter, une des solutions d'avenir, de nature à résorber progressivement ces déficits.

#### **A) L'existence d'un ancien SIH transformé en GCS**

Au niveau régional, un Syndicat Inter hospitalier (SIH) assure le traitement du linge pour treize établissements publics et trois privés, dont le CHR de Metz Thionville, plus gros établissement de santé de la région. La loi n° 200-879 du 21 juillet 2009 dite loi « hôpital patient santé territoire (HPST) » ayant mis fin aux SIH, ce dernier a été transformé en juin 2012 en GCS ainsi que la loi l'exige. Une convention constitutive a été signée avec pour objet le traitement du linge de ses membres, qui restent les mêmes que ceux de l'ancien SIH. Sous l'impulsion du CHR de Metz Thionville, qui doit reconstruire entièrement ses cuisines, un projet d'extension de l'objet de ce GCS à la fabrication et à la distribution de repas pour les établissements volontaires de la région est actuellement en cours de finalisation. Ce projet, qui passe par la construction d'une unité centrale de production alimentaire (UCPA) dont la gestion serait confiée au GCS, a le total soutien de l'ARS qui y voit une réelle opportunité d'économies de gestion pour les établissements et d'amélioration de la qualité et de la sécurité alimentaire.

#### **B) Le projet de création d'une nouvelle UCPA**

L'objectif est triple ; mutualiser les moyens des établissements de santé de la région dans le domaine de la restauration, proposer des prestations tournées vers la sécurité et la qualité et améliorer l'efficacité. Il s'adresse en priorité aux établissements géographiquement proches du CHR de Metz-Thionville. Il est prévu d'étendre l'objet du GCS à la prestation de repas pour les établissements potentiellement intéressés. Le GCS, en tant que personne morale, pourrait être autorisé à investir dans la construction d'une UCPA, dont les surcoûts en amortissement et en intérêts financiers pourraient être pris en charge par l'ARS afin d'en atténuer l'impact sur les prix de vente et rendre ainsi l'opération attractive au plan financier pour les établissements volontaires. La capacité de fabrication des repas de la future UCPA sera déterminée en fonction des besoins exprimés par les établissements intéressés, lesquels pourront intégrer progressivement le GCS. En tout état de cause, leur budget ne serait pas affecté par l'investissement puisque la charge financière serait intégralement supportée par le groupement.

Seule la section d'exploitation serait affectée au travers du prix de vente d'un repas par cette unité centrale, estimé entre 3,75€ et 4,20€, ce qui constitue un prix extrêmement intéressant pour les ESG, dont le coût de revient du repas a été calculé à 4,57€ en 2011.

Il est aussi largement inférieur au prix de revient des autres établissements. Ainsi pour les ESG, l'économie en année pleine serait de l'ordre de **171 000€**<sup>15</sup>

### **C) Une volonté politique régionale et locale**

L'ARS de Lorraine est particulièrement favorable à ce type de mutualisation de moyens et de coopération sanitaire et médico-sociale, favorisée par ailleurs par les pouvoirs publics et la cour des comptes. C'est en référence au niveau du déficit de la sécurité sociale (30 milliards en 2010) que la Cour des comptes a en effet consacré un chapitre sur les coopérations hospitalières, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2011. Dans ce document, la Cour souligne la fragilité des actions de coopération conduites parfois depuis plus de 10 ans et regrette l'impact encore trop limité de ces dernières<sup>16</sup>. Toutefois, elle estime que des perspectives favorables existent au niveau des coopérations hospitalières et le Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé publiait fin 2011, sur son site, un certain nombre d'outils de nature à faciliter la création ou le cas échéant le fonctionnement des GCS. C'est ainsi qu'il existe des modèles types de conventions de GCS qu'il est possible de télécharger sur le site du Ministère ainsi que quinze fiches repères sur les modalités des coopérations inter hospitalières<sup>17</sup>. Dans ce contexte où les contraintes financières sont particulièrement fortes, les autorités de tutelle approuvent les solutions innovantes et concertées que proposent les GCS de moyens lesquels offrent aux établissements de santé une possibilité d'optimiser leurs coûts logistiques. Par ailleurs, la volonté politique régionale et locale entend accompagner cet effort de mutualisation. Il m'a été permis de constater lors d'un entretien avec le président du CA de l'EHPAD de Gorze qu'aucune piste de rationalisation des moyens ne devait être écartée. Naturellement, les améliorations proposées devront tenir compte des paramètres sociaux et du contexte local spécifique à la prise en charge des personnes âgées.

---

<sup>15</sup> ANNEXE VI - Comparaison du prix de revient du repas selon la solution retenue

<sup>16</sup> LA COUR DES COMPTES, septembre 2011, La sécurité sociale, Paris, La documentation française, p 262 - 273

<sup>17</sup> Les coopérations territoriales : modalités d'accompagnement, (visité le 14 mai 2012), disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/les-ccoperations-territoriales-modalites-d-accompagnement.html>

## **2 Diagnostic et analyse du bilan de la fonction restauration aux ESG**

Le diagnostic et l'analyse du fonctionnement de la restauration aux ESG permettra de mettre en évidence les forces, les faiblesses, les opportunités et les risques quant au projet d'optimisation de cette dernière. Pour ce faire, la matrice SWOT<sup>18</sup>, peut s'avérer être un outil efficace.

### **2.1 Une prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière perfectible**

La fonction restauration joue un rôle primordial dans la prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des résidents en EHPAD. Alors que la nutrition fait partie intégrante des soins dans la mesure où elle contribue à l'amélioration directe de l'état de santé des résidents, l'aspect hôtelier relève quant à lui d'une fonction logistique. La restauration est par conséquent beaucoup plus complexe qu'on ne pourrait le penser. Dans ce domaine, les défis sont nombreux : comment concilier qualité des repas et coûts alimentaires, lutte contre la dénutrition et maintien d'une bonne satisfaction des usagers, sécurité alimentaire et plaisir de manger ? A tous ces paradoxes, les ESG doivent apporter des réponses adaptées. Engagés dans un projet de restructuration d'un EHPAD qui prévoit la construction d'un nouvel établissement à 8 kms du site principal, les ESG ont entrepris une réflexion globale sur la fonction restauration, à partir notamment d'une analyse critique de l'existant.

#### **2.1.1 Une nécessaire remise en question de la fonction restauration**

La fonction restauration englobe différents secteurs d'activité s'étendant du champ logistique au soin. Cette complexité nécessite une bonne coordination entre les différents acteurs, ce qui suppose un fonctionnement optimum des instances représentatives telles que le comité de liaison en alimentation et en nutrition (CLAN) et la commission des menus. Qu'en est-il aux ESG ?

##### **A) Une prise en charge nutritionnelle embryonnaire**

La dénutrition de la personne âgée hébergée en institution est un problème majeur de santé publique. En effet, il est démontré qu'un nombre très important de personnes âgées vivant en institution sont dénutries<sup>19</sup> (entre 15% et 38%). Or, si l'on se réfère aux

---

<sup>18</sup> L'outil SWOT est apprécié par les décideurs car le résultat produit par l'outil (matrice SWOT) est le parfait résumé (global, qualifié et hiérarchisé) des éléments à prendre en compte pour une bonne décision

<sup>19</sup> HAS, avril 2007, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, recommandations professionnelles, Paris, HAS, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

recommandations professionnelles de la haute autorité de santé (HAS) édictées au plan national en avril 2007 « Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », on constate qu'aux ESG les pratiques professionnelles dans ce domaine ne sont pas optimales. Pour tenter de dresser un bilan des connaissances du personnel soignant et de leurs pratiques professionnelles (ASH, AS, Infirmière diplômée d'Etat (IDE)) en la matière, j'ai mené une enquête dans différents secteurs, EHPAD, soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD) sur une période de trois mois. L'analyse des 30 questionnaires que j'ai moi-même recueillis auprès du personnel, est particulièrement éclairante. Il apparaît tout d'abord que peu de personnes connaissent le PNNS ; 83,3 % ne connaissent pas sa signification ni ce que le PNNS préconise et quand bien même ils ont en entendu parler dans leur établissement ou en dehors de celui-ci, les notions liées au PNNS et au Mini Nutritional Assessement (MNA), outil de dépistage de la dénutrition, validé par la HAS, leur sont étrangères, 86,7% des professionnels interrogés ne connaissent pas le MNA. A l'inverse les termes d'Indice de Masse corporelle (IMC) leur sont plus compréhensibles. A la question posée, « Réalisez-vous le dépistage de la dénutrition lors de l'admission des patients et/ou des résidents aux ESG ? », les réponses sont restées très floues. En changeant de formulation, « Réalisez-vous le calcul de l'IMC lors de l'admission des patients et/ou des résidents ? » 64,3% ont répondu par l'affirmative. S'agissant de l'hygiène bucco-dentaire et de l'hydratation, l'enquête a montré que des procédures existent mais qu'elles ne sont pas toujours connues. Il est par ailleurs constaté une véritable carence en information et en formation sur le sujet de la dénutrition, 86,7 % des personnels soignants n'ont pas suivi de formation sur ce thème. Enfin, pour ce qui relève des questions liées à la restauration, les réponses sont très mitigées ; les résidents n'ont pas de choix quant au menu proposé ; 73,3 % des professionnels considèrent que le choix des résidents n'est pas respecté. Ces derniers bénéficient néanmoins d'un menu de remplacement en cas d'aversion à certains plats. Cette substitution se limite souvent à une tranche de jambon et à de la purée. La certification V2010 des ESG a montré que les résultats des IPAQSS sont très en deçà des scores régionaux et nationaux. Ainsi pour l'indicateur, « Dépistage des troubles nutritionnels » de niveau 1<sup>20</sup>, les ESG enregistrent 13% contre 79% pour la moyenne régionale et 73% pour la moyenne nationale. Ce score passe à 7% pour le niveau 2<sup>21</sup> et à 0% pour le niveau 3<sup>22</sup>. Ces résultats démontrent la nécessité pour les ESG de mettre en place rapidement une politique de prévention et de dépistage de la dénutrition. La seule obligation réglementaire n'étant pas suffisante pour impulser une telle démarche, la direction de l'établissement s'est résolument engagée

---

<sup>20</sup> *Mesure du poids dans les 7 jrs +réévaluation dans les 15 jrs*

<sup>21</sup> *Mesure du poids dans les 7 jrs +réévaluation dans les 15jrs+ IMC ou mesure du poids dans les 7 jrs +réévaluation dans les 15jrs+ variation du poids avant hospitalisation*

<sup>22</sup> *Mesure du poids dans les 7 jrs +réévaluation dans les 15jrs+ IMC+ variation du poids avant hospitalisation*



dans un projet global de dépistage et de traitement de la dénutrition aux ESG, qui devra selon moi faire l'objet d'un avenant à l'actuel projet d'établissement.

## **B) Une approche commune et transversale de la fonction restauration sous représentée par le CLAN et la commission des menus**

Pour assurer une bonne prise en charge alimentaire, il est impératif de mettre en place un CLAN. Ce comité pluridisciplinaire a pour objet d'assurer un pilotage nutritionnel dans les établissements de santé<sup>23</sup>. Il permet de coordonner l'ensemble des personnels intervenant dans le domaine de la restauration et de la nutrition, corps médical, direction, soignants, agents logistiques. Le CLAN doit s'assurer de la mise en œuvre concrète de la politique d'amélioration de la qualité nutritionnelle et alimentaire. Bien qu'un CLAN ait été instauré au sein des ESG, celui-ci ne s'est réuni qu'une seule fois en 2011 et une fois en 2012 notamment dans le cadre de la certification V2010, laquelle impose dans ses recommandations cette démarche. De récents comptes rendus relèvent malheureusement un manque d'implication du corps médical de l'établissement dans ce comité. Un médecin avait initié un dépistage de la dénutrition au moyen, entre autres, d'une mesure de l'albuminémie, mais non suivie par les autres praticiens de l'équipe, cette démarche s'est soldée par un échec et la démotivation du médecin qui en était à l'initiative. Suite à cet épisode, la responsabilité du CLAN a été confiée à un autre praticien et il a été décidé de séparer cette instance de la commission des menus. Le CLAN a également montré, au travers de l'analyse des indicateurs de qualité, un dépistage de la dénutrition quasi inexistant, le recueil du poids et de la taille des patients à leur entrée en SSR n'étant pas systématisé. La commission des menus, dont le rôle principal est d'établir le plan alimentaire, de veiller à l'équilibre nutritif des personnes âgées et de porter une attention à la qualité des repas, fonctionne également de manière erratique et quand bien même deux représentants des usagers participent à cette instance, leurs voix sont diluées dans le flot de doléances émanant pour la plupart des services de soins, lesquels ne relèvent le plus souvent que les dysfonctionnements existants. Ainsi, des incompréhensions naissent très rapidement entre deux logiques, celle de la production des repas et celle de leur distribution, omettant la place centrale de l'utilisateur dans ce dispositif.

## **C) Un renforcement nécessaire de la place de l'utilisateur dans le dispositif alimentaire**

Se nourrir est un besoin vital faisant appel à l'intimité de chaque personne, autrement dit chacun d'entre nous s'alimente selon ses propres choix et ses propres désirs. Il est donc

---

<sup>23</sup> MEAH, mai 2008, Comité de liaison en alimentation et nutrition – Mettre en place un CLAN, Paris, Berger-Levrault, [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

très difficile, voire impossible, de proposer une restauration individualisée dans une collectivité soumise à des contraintes sécuritaires, nutritionnelles et économiques compte tenu du nombre important de convives à nourrir. « L'alimentation c'est absorber tout ce qui peut servir à nourrir un être vivant, selon ses goûts, ses envies et le plaisir de manger une chose plutôt qu'une autre »<sup>24</sup> La dimension plaisir est la plus difficile à appréhender pour les institutions gériatriques car elle impose notamment d'établir un bilan des habitudes alimentaires et nutritionnelles de chaque résident entrant en institution. Cette démarche bien que nécessaire, reste aléatoire dans la mesure où les goûts peuvent changer très vite sous l'emprise de la maladie. Il est donc essentiel pour les personnels d'apporter des réponses acceptables au paradoxe existant entre les désirs alimentaires des résidents et les contraintes de l'institution. Le rapport à la nourriture est souvent la dernière intimité qui reste aux personnes âgées c'est pourquoi il revêt une telle importance. Comment garantir une place centrale aux usagers dans le dispositif alimentaire ? C'est pour tenter de répondre à cette question que j'ai procédé à l'analyse de questionnaires de satisfaction<sup>25</sup> sur le thème de la restauration. Ce dernier a été recueilli auprès de 50 résidents, sur une période de 3 mois, sélectionnés dans différents services de soins, EHPAD, SSR, SLD. J'ai procédé moi-même à la collecte des informations dans le but de mieux connaître les populations accueillies dans les établissements à vocation gériatrique. Les principaux résultats de cette enquête font état de difficultés liées à la monotonie des repas (36% des résidents ne sont pas satisfaits de la variété des plats, 22% sont peu satisfaits) et au manque de choix des résidents (76% des personnes âgées estiment qu'elles n'ont pas de choix de menus). Les familles des résidents ne participent que marginalement à la prise des repas, non pas par désintérêt pour leur parent mais en raison de l'organisation (sur 46% de résidents concernés, 38% d'entre eux ne sont pas satisfaits de cette situation), la convivialité est pourtant un facteur essentiel du « vivre ensemble ». La qualité gustative des repas est perçue de façon mitigée. L'enquête a révélé également une véritable déficience en communication sur la restauration tant au niveau du personnel de la cuisine (94% de résidents ne communiquent jamais avec un cuisinier), qu'au niveau des services de soins (100% des résidents ne connaissent pas le référent restauration dans leur service et 78% d'entre eux ne communiquent jamais sur ce thème avec les personnels soignants). Enfin, 92% des résidents estiment que leurs suggestions et leurs doléances ne sont pas prises en compte. Ce constat est regrettable car les résidents sont très prolixes sur le sujet. Pour illustrer ce propos, j'ai sélectionné quelques réflexions recueillies auprès des résidents : « C'est toujours la même soupe le soir », « Ce n'est pas mauvais mais pas assez assaisonné, c'est toujours le même goût », « Dans l'ensemble c'est correct, le personnel

---

<sup>24</sup> GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 2010, *Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses* : Paris, Fondation nationale de gérontologie

<sup>25</sup> Annexe I – Enquête de satisfaction des usagers sur le thème de la restauration

est sympa mais j'aimerais qu'il y ait plus de repas améliorés », « Quand c'est bon, je mange », « Je ne veux plus vous répondre, ces enquêtes, c'est juste pour le directeur », « C'est toujours de la purée, carottes, il faut que ça change ! » « Parfois, il manque des trucs, j'aimerais que le personnel nous accorde plus de temps », « Ici, on me donne de la maïzena, ce n'est pas bon. Mon dentier ne tient plus je crois bien que ma mâchoire a rétréci ». L'alimentation devant constituer un des piliers du projet de vie des résidents, c'est dans cette voie qu'il convient de s'engager au travers d'un projet restauration qui tienne compte des contraintes économiques et qualitatives.

### **2.1.2 Une cuisine traditionnelle rythmée par les habitudes**

La cuisine des ESG est une cuisine dite traditionnelle. La fabrication et la distribution des repas sont réalisés en interne, en liaison chaude, technique qui implique de préparer les repas et de les maintenir à une température supérieure à +63°C, de la fin de leur fabrication jusqu'à leur distribution. Le délai entre leur production et leur consommation doit être le plus court possible. La restauration à Gorze bénéficie globalement d'une bonne réputation auprès des résidents, de leurs familles et des professionnels de santé. Son organisation est adaptée au process de production retenu.

#### **A) Aspects organisationnels de la cuisine**

En 2009, les locaux de la cuisine ont été rénovés et les matériels renouvelés pour un montant investi de 1 200 000€. Cette opération a permis de mettre en place la démarche HACCP et la marche en avant indispensables au respect des bonnes pratiques d'hygiène. Les effectifs de la cuisine comptent sept agents et un responsable de cuisine, soit un effectif de huit personnes à temps plein. Un agent affecté au magasin vient compléter partiellement ce dispositif. La cuisine produit en moyenne 630 repas par jour, dont trente sont destinés au self, ce qui a représenté en 2011 222 352 repas en année pleine. Les achats sont négociés directement avec les fournisseurs ou réalisés dans le cadre des marchés publics, obligation réglementaire pour tout achat dont le montant excède 15 000€ H.T. par an et par nature de produit. Les mises en concurrence sont gérées par le service économique et requièrent l'expertise du responsable de la cuisine sur l'aspect technique et qualitatif des produits. Le rythme des commandes dépend de la nature des aliments, c'est ainsi que l'épicerie est commandée deux fois par mois et les produits frais deux fois par semaine. La cuisine fabrique les repas deux fois par jour, le matin pour les repas de midi et l'après midi pour les repas du soir. Il existe quatre postes de travail et trois horaires différents : 6h30 à 14h00, 8h00 à 15h30 et 13h00 à 20h30. Journallement, deux agents sont affectés à la cuisson pendant qu'un troisième réalise les préparations froides et sert les repas du self. Enfin, le poste de l'après-midi assure la confection des repas du soir. Tous les agents de la cuisine sont polyvalents. Suite à un rapport de la

Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP) du 27 mars 2010<sup>26</sup>, mentionnant quelques carences sur les connaissances des agents en matière de règles d'hygiène et de mise en œuvre de la démarche HACCP, ceux-ci ont bénéficié, courant de l'année 2011, d'une formation adaptée. La cuisine ne dispose pas de logiciel informatique notamment pour la prise de commande des repas, qui est réalisée par les services de soins au moyen de fiches papier spécifiques transmises la veille et comportant les différents régimes, les textures et les non goûts des résidents.

## **B) Distribution des repas par les services de soins**

Les repas sont distribués et servis par le personnel soignant. Dès 11h30, le déjeuner est acheminé en vrac à l'aide de chariots isothermes soit par le service de convoyage soit par les agents des services hospitaliers (ASH) et/ou les aides-soignantes (AS). La politique de l'établissement consiste à promouvoir la distribution des principaux repas (déjeuners et dîners) dans les salles à manger communes pour sauvegarder l'autonomie des personnes et favoriser la convivialité. Les bacs contenant les repas en vrac sont transférés des chariots de transport sur des présentoirs chauffés en salle à manger. Un double contrôle de la température et de la quantité commandée, est systématisé. Le service est ensuite réalisé vers 11h45 par deux AS. Dans le même temps, un autre binôme prépare et distribue les plateaux repas destinés aux personnes alitées pour lesquelles une aide et un accompagnement spécifique sont nécessaires. En règle générale, les résidents déjeunent en 30 minutes. Le dîner est réalisé selon les mêmes modalités que le déjeuner. Ce dernier est servi à 18h20 pour une fin de service vers 18h50. La vaisselle est débarrassée et lavée sur place, ce qui a nécessité l'installation de lave-vaisselles semi professionnels dans les 14 services existants. Le système est bien rodé mais la question se pose de savoir s'il répond réellement aux attentes des résidents et aux exigences de la réglementation

## **C) Une restauration opérationnelle nécessitant des améliorations**

La fonction restauration est une activité quotidienne qui ne tolère aucun dysfonctionnement (matériel, humain, organisationnel). Les moindres anomalies, par exemple une absence inopinée de personnel à la cuisine, peuvent avoir des conséquences fâcheuses pour les résidents. Rappelons ici l'importance de l'alimentation dans un établissement gériatrique entièrement rythmé par la fréquence des repas. Au cours de mon stage, il m'a paru intéressant de recenser les principales difficultés rencontrées sur le terrain au moyen d'une période d'observation ayant débutée à 7h00 du matin en cuisine pour s'achever vers 13h00 dans un service de soins. L'objectif de cette étude était de visualiser l'ensemble de la procédure relative à la fonction restauration

---

<sup>26</sup> *Rapport de la DDPP adressé aux ESG le 27 mars 2010*

depuis la confection des repas jusqu'à leur consommation par les résidents. Cette démarche m'a permis d'observer la réalité du terrain tout en complétant mes connaissances théoriques sur le sujet. Les principaux constats tirés de cette analyse sur le terrain portent sur l'insuffisance de personnel soignant pour assurer le service des repas en salle à manger et/ou en chambre, le manque de communication entre les personnels de la cuisine et ceux des services de soins, une convivialité en salle à manger insuffisante et un jeûne nocturne excédant 12 heures, non conforme à la réglementation. Cette première approche rend compte de la complexité mais aussi de la fragilité de l'organisation basée sur un effectif réduit (huit personnes) pour une prestation devant être assurée 24 heures sur 24, 365 jours par an. Globalement, l'organisation mise en place est opérationnelle mais loin d'être optimale et son examen montre qu'elle doit être remise en question.

### **2.1.3 Des contraintes liées aux aspects économiques et qualitatifs**

Dans une conjoncture économique dégradée et un monde en évolution constante il est impératif, pour les établissements de santé d'adapter leurs modes de gestion. Les fonctions logistiques peuvent dès lors constituer une source potentielle et importante d'économie. En outre, la nutrition concourt au soin et au bon état de santé des personnes. C'est pourquoi la restauration doit être considérée comme une fonction logistique spécifique nécessitant une approche particulière qui prenne en considération les aspirations de chacun à une nourriture de qualité.

#### **A) Un aspect qualitatif perfectible**

L'analyse de la fonction restauration aux ESG, dans le cadre de la certification V2010 et dans celui de la restructuration de l'EHPAD montre qu'un certain nombre d'éléments peuvent être améliorés au niveau alimentaire, nutritionnel et hôtelier. Dans les services de soin, l'organisation de la distribution des repas est inadaptée au regard de l'arrêté du 26 avril 1999 qui prévoit une période de jeûne nocturne inférieur à 12 heures et un temps suffisant pour la prise des repas. Les recommandations de l'HAS préconisent 45 minutes pour le déjeuner et le dîner. Aux ESG, les résidents se restaurent généralement en 30 minutes, ce qui n'est pas conforme aux préconisations précitées. Sur l'aspect de la sécurité sanitaire, le relevé systématique des températures n'est pas effectué à tous les repas. Or, il est clair que le non respect de ces contrôles peut entraîner une dégradation de la qualité organoleptique et bactériologique des produits et bien entendu augmenter le risque de la survenue d'une intoxication alimentaire. J'ai pu constater néanmoins que ces pistes d'amélioration préconisées par les textes étaient effectives dans la plupart des services de soin et d'hébergement mais que l'offre hôtelière y était très limitée : pas de nappes sur les tables, pas de décoration, une vaisselle basique, pas de tenues hôtelières pour les personnels. La prise en charge de la dénutrition nécessite elle aussi d'être

améliorée. Le dépistage de la dénutrition n'est pas réalisé à l'arrivée du patient et/ou du résident et il n'existe pas de protocoles spécifiques pour la prise en charge de la dénutrition. Les repas mixés, proposés lorsque les résidents rencontrent des problèmes de déglutition, sont très peu variés. La plupart du temps, ils sont servis dans des bols. Il n'existe aucune offre alimentaire spécifique pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Enfin, le suivi de l'état bucco-dentaire des personnes âgées reste très sommaire. Au niveau de la confection des repas, les ESG proposent un menu sur six semaines adapté en fonction des saisons estivales et hivernales. Aussi, les résidents regrettent ils la monotonie des menus et partagent ils le sentiment de manger souvent la même chose. Journallement, le menu ne propose qu'une seule entrée, qu'un seul plat principal et qu'un seul dessert, pour le déjeuner et le dîner. L'on comprend alors que 76% des usagers et 73% des personnels considèrent qu'il n'existe pas de choix au niveau alimentaire aux ESG. Cependant, le service restauration possède de nombreux atouts dont une grande réactivité, un engagement et une implication forte des personnels, et un coût de production mesuré. Il apparaît en définitive que seul un engagement fort de la direction et des instances dans une politique dynamique d'optimisation de la restauration permettra de valoriser tous les acteurs tout en améliorant leur satisfaction au travail et l'image de marque de l'institution, d'autant que les coûts de revient sont relativement maîtrisés.

## **B) Un contexte économique et financier relativement maîtrisé**

Les ESG ont consacré 1 016 423 euros (€) pour la fonction restauration au cours de l'année 2011 et produit 222 352 repas, pour un prix de revient réel d'un repas de **4,57€<sup>27</sup>**. Les principaux postes de dépenses sont l'achat des produits alimentaires qui ont représenté 550 000€ et les frais de personnel, 320 401€. Les amortissements représentent le 3<sup>ème</sup> poste de dépenses relatives à l'alimentation, ils s'élèvent à 60 899€/an<sup>28</sup>. Ce constat financier est à relativiser dans la mesure où seule la fonction production est comptabilisée. Si l'on ajoute au prix de revient le coût relatif à la vaisselle réalisée dans les services, ce dernier s'élèverait à **5,61 €<sup>29</sup>**. Il conviendrait d'ajouter en plus à ces coûts, ceux de la distribution et du service des repas dispensés par les agents des services de soin. En effet, les personnels soignants consacrent 2/3 de leur temps à ces tâches dont l'aide à la prise des repas. De même, les compléments alimentaires ne sont pas comptabilisés dans ce prix dans la mesure où ils sont imputés sur le budget « soins » et non sur le budget « hébergement ». A Gorze, Ils sont gérés par la pharmacie à usage interne (PUI) laquelle limite le plus souvent leur usage pour ne pas amputer l'établissement d'autres dispositifs médicaux et pour respecter son budget. A l'inverse,

---

<sup>27</sup> Annexe II – Prix de revient du repas aux ESG

<sup>28</sup> Annexe II – idem

<sup>29</sup> Annexe III – Prix de revient du repas avec l'activité vaisselle

l'emploi d'une diététicienne est imputé sur le budget « hébergement » alors que son rôle et ses attributions relèvent davantage du soin que de l'aspect hôtelier. Lorsque l'on compare les prix de revient du repas avec les indicateurs de la base d'Angers (données 2009), échantillon de 121 établissements hospitaliers ayant accepté de fournir leurs éléments comptables en vue d'une comparaison de leurs coûts, le prix de revient moyen de la base est de **5,58€**, contre **4,57€** soit une différence de 1€ par repas<sup>30</sup>. Cet écart devient inexistant si l'on prend en compte l'activité vaisselle. Dans ce cas le prix de revient du repas aux ESG est de **5,61€**<sup>31</sup>. Néanmoins, si l'on se réfère à **4,57€**, le prix d'un repas aux ESG reste inférieur de 18,7% à la moyenne des établissements hospitaliers de la base d'Angers. Cela constitue un atout non négligeable dans la perspective des évolutions envisagées.

## **2.2 Un bilan contrasté analysé avec la méthode SWOT**

La fonction restauration aux ESG présente des avantages et des inconvénients qu'il convient de rappeler dans les grandes lignes. Pour élaborer une analyse synthétique du bilan de la fonction restauration, nous utiliserons la matrice SWOT<sup>32</sup> (Streugts – Weaknesses – Opportunities – Threats) laquelle présente le principale avantage d'être très précise et aidante à la prise de décision.

### **2.2.1 Les force et les faiblesses**

Les principales forces du fonctionnement de la restauration aux ESG résident dans la méthode de la liaison chaude, la réactivité des personnels, la relative maîtrise des coûts financiers et la maîtrise du processus de la fonction restauration dans son ensemble. Enfin, la préservation des emplois en l'état des personnels de la cuisine représente un atout essentiel dans la mesure où celui-ci assure un bon climat social. La cuisine traditionnelle, en liaison chaude, jouit d'une bonne réputation auprès des résidents, leurs familles et des personnels. Elle peut également représenter un avantage non négligeable pour l'image de marque de l'établissement. Cette question est très importante aujourd'hui dans la mesure où elle influe sur l'attractivité de l'EHPAD. Rappelons que les familles bénéficient du libre choix quant au placement de leur parent. Dans un établissement de long séjour, une bonne restauration est fondamentale. C'est pourquoi cette question est importante et incontournable. Cependant la partie visible de l'iceberg ne doit pas occulter les faiblesses du dispositif existant. En effet, et comme nous l'avons constaté précédemment, la restauration aux ESG présentes de nombreuses faiblesses qu'il

<sup>30</sup> *BASE D'ANGERS, Contrôle de gestion : Base d'Angers – Les résultats de l'année 2009, (visité le 10 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.marta.free.fr/modules/news/articles.php>*

<sup>31</sup> *ANNEXE III – Prix de revient du repas aux ESG avec l'activité vaisselle*

<sup>32</sup> *La matrice SWOT est appréciée - sinon exigée par les décideurs - car le résultat produit par cet outil est le parfait résumé (global, qualifié et hiérarchisé) des éléments à prendre en compte pour une "bonne" décision.*

convient de rappeler. La réglementation de plus en plus contraignante oblige les EHPAD à proposer 4 ou 5 plats à chaque repas à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Bien que l'interprétation du Décret du 30 janvier 2012 ne soit pas encore précisée, il n'en demeure pas moins que cet impératif nécessitera de nouveaux aménagements. Selon toute vraisemblance, les effectifs actuels seront insuffisants pour assurer une meilleure qualité hôtelière. De plus, l'organisation de la restauration aux ESG est davantage rythmée par les habitudes que par la véritable attente des résidents qui souhaiteraient pouvoir s'exprimer davantage sur ce sujet et qui souhaiteraient une plus grande variété des plats et une meilleure qualité des repas hachés et mixés. Par ailleurs, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées ne bénéficient d'aucun menu adapté du type « manger main ». L'inexistence de diététicienne et de logiciel de restauration représentent également un inconvénient majeur dans ce type d'établissement. Sur le plan du soin, la prise en charge de la dénutrition est balbutiante, les personnels soignants étant davantage focalisés sur le service des repas que sur l'état nutritionnel des résidents. Enfin, la communication et l'information sur le thème de la restauration reste très largement insuffisant. La plupart de ces insuffisances sont générées par un manque de moyens humains et financiers.

### **2.2.2 Les opportunités et les risques**

La principale opportunité qu'offre la restructuration de l'EHPAD dans le domaine de la restauration aux ESG est l'obligation d'instruire cette thématique dans le projet d'établissement et par la même de réfléchir sur les améliorations nécessaires. Cette réflexion doit conduire à l'optimisation de la fonction restauration dans son intégralité soit en envisageant des solutions internes soit en envisageant une externalisation. Cette dernière peut être réalisée au profit d'une société privée ou d'une collectivité, ou au profit d'une coopération dans le domaine alimentaire avec les établissements de santé voisins au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Enfin, les risques encourus par le non aboutissement de la démarche d'amélioration de la fonction restauration sont :

- La possible dégradation de la qualité des repas par manque de moyens,
- L'insatisfaction des résidents et une fuite probable de la clientèle,
- L'augmentation du forfait hébergement pour les résidents et leurs familles,
- Une prise en charge nutritionnelle non confortée et non optimisée,
- Une dégradation de l'image de marque de l'établissement,
- L'insatisfaction des personnels qui seront davantage mis à contribution,

Cette rapide analyse présente l'avantage d'offrir une vue d'ensemble de la problématique posée par la nécessaire optimisation de la fonction restauration dans le cadre du projet de restructuration de l'EHPAD. Pour ce faire, les différentes options possibles seront examinées dans la 3<sup>ème</sup> partie de ce mémoire.



### **3 Quel avenir pour la restauration aux ESG ? Faut-il faire ou faire faire ? Faut-il changer de process ?**

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir, lorsque l'EHPAD aura été mis en service (à l'horizon 2017), d'une part si les ESG, devront continuer à assurer la fabrication et la distribution de leurs repas en autogestion, confier cette prestation à un tiers extérieur ou adhérer au GCS et d'autre part s'ils devront conserver ou non le procédé actuel de fabrication des repas basé sur la liaison chaude. Il paraît important que la Direction et les instances se prononcent assez longtemps à l'avance sur telle ou telle option à partir d'une analyse approfondie et d'une concertation élargie en amont, car chaque solution présente des avantages et des inconvénients qu'il convient de bien mesurer.

#### **3.1 Maintenir le système actuel de production des repas en le rénovant**

Il s'agit d'une option qui peut paraître simple dans sa mise en œuvre dans la mesure où elle n'est que la continuité d'un processus ayant déjà fait ses preuves. De plus, cette dernière semble à priori donner satisfaction aux personnels et aux usagers, sous réserve néanmoins des avis exprimés dans l'enquête adressée aux résidents et dont les résultats ont été rappelés ci-dessus, mais qui, nous l'avons déjà esquissé, ne répond pas en totalité ni aux exigences réglementaires de sécurité, ni à celles liées à la qualité du repas servi à l'assiette. Ce qui signifie, en d'autres termes, que si cette solution devait être retenue, il conviendrait de l'adapter, d'une part à l'existence d'un nouveau site distant et d'autre part, à l'obligation de remise à niveau de la fonction restauration,

##### **3.1.1 Le maintien d'une restauration en gestion directe**

Le maintien de la restauration sur le site principal des ESG peut s'envisager soit en conservant l'unité de production actuelle sur le site principal, soit en créant une unité relais supplémentaire sur le site du futur EHPAD.

##### **A) Le maintien d'une seule unité de production alimentaire sur le site des ESG**

Compte tenu des investissements importants réalisés pour la rénovation des locaux de la cuisine des ESG (1 200 000€) et la formation des personnels, la question du maintien de l'unité de production des repas à Gorze constitue une éventualité tout à fait envisageable. Dans cette hypothèse, les repas continueraient à être fabriqués sur le site de GORZE (comme aujourd'hui), conditionnés dans des contenants adaptés ou dans des chariots isothermes, puis transportés par camion ou camionnette jusqu'au site distant de l'EHPAD où ils seraient réceptionnés et distribués dans les services. Cette option minimaliste oblige néanmoins à acquérir un véhicule, des chariots ou des contenants en nombre

suffisant et reste une solution assez coûteuse en fonctionnement puisqu'elle ne génère aucune économie en personnel. Sa faisabilité est réalisable avec les moyens existants mais elle reste fragile car elle repose sur une équipe limitée en nombre. Elle implique par ailleurs un contrôle strict des températures au départ et à l'arrivée sur le site de consommation et le respect des horaires, notamment à la réception. Enfin, elle oblige les équipes à une vigilance permanente et continue de la sécurité et de l'hygiène à toutes les étapes du process alimentaire, ce qui implique également une nécessaire veille réglementaire. Toutes ces opérations sont bien entendu génératrices de coûts supplémentaires, qu'elles soient réalisées en interne ou confiées à un prestataire.

## **B) La création d'une cuisine relais**

Cette hypothèse implique de prévoir, dans le programme architectural de l'EHPAD, un ou plusieurs locaux adaptés pour permettre de créer une cuisine relais afin de réaliser certains plats in situ (exemple : steaks/frites). Elle a pour principal inconvénient son coût en investissement (renchérissement du projet initial, déjà coûteux et nécessite d'équiper la cuisine relais avec un minimum de matériels).

## **C) Une solution intermédiaire : maintenir la production des repas pour le site de GORZE et externaliser la prestation pour l'EHPAD.**

Cette option consisterait à conserver la cuisine centrale sur le site de Gorze et à externaliser la restauration pour le nouvel EHPAD. Autrement dit, la cuisine centrale diminuerait sa production de repas en passant de 630 repas par jour à 430. Elle réorganiserait son fonctionnement interne en fonction de ce nouveau paramètre. Une légère diminution des effectifs permettrait d'optimiser les coûts des repas (un des agents est en fin de carrière). Cette possibilité préserve le fonctionnement actuel ; production des repas en liaison chaude sans envisager la contrainte de l'agrément européen<sup>33</sup> en terme de transport des repas. Mais les questions relatives à l'agencement des futurs locaux logistiques à Ars-sur-Moselle sont identiques à la première éventualité, à savoir : doit-on prévoir ou non une cuisine relais ? Comme pour toute concession, elle nécessite l'élaboration d'un cahier des charges extrêmement précis quant à la définition des prestations attendues et au process retenu. Elle présente aussi l'inconvénient d'introduire une différence de traitement entre les résidents qui sont hébergés sur le site principal et ceux qui le seront sur le site annexe de l'EHPAD. Les premiers en effet, continueraient à être alimentés par les services de l'établissement, alors que les seconds le seraient par une société extérieure. Pour rétablir une équité de traitement, il conviendrait, dans ce cas, de ne retenir, dans le cahier des charges, qu'une prestation en liaison chaude, ce qui

---

<sup>33</sup> *Les cuisines centrales fournissent des denrées d'origine animales à des satellites qui les distribuent au consommateur final. Elles doivent donc selon le règlement (CE) n°853/2004 bénéficier d'un agrément européen sauf si les satellites sont dans la même enceinte géographique*

atténuerait cette différence. En tout état de cause, une telle solution aurait peut être l'avantage d'impulser une certaine émulation entre les deux systèmes.

### **3.1.2 Faut-il changer de process ?**

Les établissements de santé sont souvent fortement marqués par le poids de l'histoire. Celle des ESG date de 200 ans (les ESG fêteront leur bicentenaire courant septembre 2012). Les personnels, les résidents, les membres des instances sont très attachés au type de cuisine mis en place dès l'origine, réputé bon et adapté aux personnes âgées, celui de la liaison chaude. Le contexte nouveau dans lequel fonctionne l'établissement, les progrès énormes réalisés dans le domaine de la restauration collective peuvent aujourd'hui conduire à s'interroger sur la pertinence de ce choix initial car il existe désormais d'autres alternatives.

#### **A) La liaison chaude**

La liaison chaude, procédé utilisé depuis toujours aux ESG, consiste à fabriquer des repas qui sont distribués et consommés le jour même par les résidents. Rien ne s'oppose à ce qu'ils soient livrés sur différents sites géographiques, mais ce système oblige à fabriquer tous les jours, midi et soir des plats qui doivent être maintenus à une température de +63°C pendant toute la durée du transport entre le lieu de production et le lieu de distribution, de la cuisine à l'assiette du résident, au moyen de contenants adaptés, en général des chariots isothermes. Le maintien de la température à +63°C constitue dans ce système une contrainte particulièrement importante car la rupture de cette chaîne du chaud peut entraîner une prolifération bactériologique et générer une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) pouvant avoir des conséquences graves sur la santé des résidents. Aussi, la plus grande attention doit-elle être portée dans ce mode opératoire au transport et à la distribution des repas dont la durée doit être la plus courte possible. Ce système est très répandu dans les EHPAD, nombre de responsables l'estiment supérieur, pour des raisons souvent culturelles et subjectives. S'il est vrai que la liaison chaude permet d'obtenir de bons voire d'excellents résultats au plan culinaire, il faut garder à l'esprit qu'il est très consommateur en personnels. En effet, il est impératif de mobiliser les mêmes moyens chaque jour de la semaine, midi et soir pour préparer les repas. Rappelons que ce procédé nécessite un contrôle drastique des températures de la fabrication à la distribution et que la qualité de la prestation dépend en premier lieu de la qualification des personnels notamment ceux affectés en cuisine. Aux ESG, la liaison chaude a démontré ses avantages en matière de réactivité et de maîtrise des coûts financiers. Basée sur des techniques culinaires traditionnelles, elle n'a pas nécessité de formations ni de remises à niveau des professionnels de la cuisine. Le maintien de la liaison chaude aux ESG assurerait une continuité opérationnelle pour la restauration et a priori n'engendrerait pas de bouleversement au niveau social face aux changements

induits par la restructuration de l'EHPAD, sauf éventuellement en matière d'effectifs du fait du dédoublement des équipes sur deux sites. Est-ce pour autant la meilleure solution ?

## **B) La liaison froide**

« Le principe de la liaison froide réfrigérée consiste à faire cuire les aliments, puis à les refroidir rapidement, la température à cœur des produits passant de + 63°C à + 10°C en moins de deux heures »<sup>34</sup> En opposition à la liaison chaude, la liaison froide consiste à fabriquer les repas de façon différée dans le temps et dans l'espace. Généralisée dans les grands centres hospitaliers, car mieux adaptée à la fabrication de plusieurs milliers de repas par jour, la liaison froide présente l'avantage d'offrir une sécurité alimentaire plus fiable et de nombreuses garanties en termes d'hygiène. Les repas peuvent être ainsi conservés dans des chambres froides adaptées, assurant un maintien des températures entre 0°C et +3°C. Pour être consommés, les plats subiront le processus inverse, à savoir une remise en température jusqu'à + 63°C en moins d'une heure. Dans la plupart des établissements ayant opté pour la liaison froide, cette étape est réalisée dans les services de soin, au plus près des usagers. Ce système offre de nombreux avantages au niveau organisationnel. La conservation des plats permet d'anticiper sur la production culinaire en la programmant sur les jours ouvrables de la semaine. Le système permet de générer des économies d'effectifs de personnel et des meilleures conditions de travail, en libérant les week-ends et les jours fériés pour les agents de la cuisine. La durée de conservation des plats (entre trois et sept jours) permet de proposer des menus à choix multiples. Or, il s'agit là vraisemblablement de la différence la plus notable avec la liaison chaude, la liaison froide est en effet plus adaptée au choix multiple préconisé par le Décret de janvier 2012. Le transport des repas est facilité par des chariots très performants existants sur le marché (ex. chariots réfrigérés à l'eau glycolée<sup>35</sup>) et par des camions réfrigérés. Aux ESG, le passage de la liaison chaude à la liaison froide ne nécessiterait que peu d'aménagements, les locaux de la cuisine sont opérationnels, la démarche HACCP est assurée ainsi que la marche en avant (excluant le croisement des circuits propres et sales). Les difficultés éventuelles concerneraient davantage les services de soins et d'hébergement dont les locaux ne permettent pas l'installation, par manque de place, de bornes électriques nécessaires à la remise en température des aliments. Les principales critiques avancées contre cette technique concernent surtout la qualité du produit final qui perdrait ses qualités organoleptiques et gastronomiques, et s'assècherait lors de la remise en température. Comme pour une cuisson traditionnelle, la liaison froide requiert des conditions préalables à sa mise en œuvre qui détermineront le

---

<sup>34</sup> COSSON C., 2002, *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, p 89

<sup>35</sup> Ce système peut être comparé à celui du chauffage central. Les chariots isothermes sont équipés d'un système de froid embarqué (mélange d'eau et d'alcool, le glycol) permettant le maintien des aliments à +3°C pendant six heures

degré de la qualité attendue du produit final. Parmi les plus importantes, retenons la compétence des cuisiniers, la qualité des produits achetés en amont, on ne fait pas de la qualité avec des produits de mauvaise qualité, le respect des règles d'hygiène tout au long du processus et enfin celui des normes draconiennes de remise en température.

### C) La liaison mixte

Ce procédé consiste à recourir aux deux modes de fabrication et de distribution des repas, la liaison chaude en semaine du lundi au vendredi et la liaison froide le week-end. Cette solution offre un très gros avantage en ce qu'elle permet de réduire significativement voire à ne plus mobiliser les équipes de la cuisine les samedis, dimanches et jours fériés, les repas étant fabriqués à l'avance pour ces périodes. Les conditions de travail s'en trouvent nettement améliorées pour les équipes de production des repas, qui n'ont plus à être présents les week-ends ou simplement avec un effectif limité, par exemple pour une aide aux remises en température ou le cas échéant une amélioration de la présentation finale des plats. Cette solution implique comme pour la liaison froide des surfaces de stockage importantes, une organisation plus complexe et un savoir faire au niveau de la distribution, spécialement de la remise en température. Elle ne se traduirait pas en revanche par des économies de gestion dans la mesure où le nombre de repas reste identique à celui produit annuellement. Le tableau ci-dessous synthétise les principaux avantages et inconvénients des trois process :

Comparaison des principales différences entre les liaisons chaude, froide et mixte

Critères	Liaison Chaude	Liaison Froide	Liaison Mixte
Production	Présence de personnel 24h/24, 365 jours par an	Présence de personnel limitée aux sessions de production	Nécessité de moins de personnel le week end
Distribution	Adaptée aux petites structures mono-sites	Adaptée aux grandes structures multi-sites et distantes	Adaptée aux petites et moyennes structures mono-sites
Qualité du produit	Bonne si consommation immédiate	Moins bonne pour grillades et fritures	Semaine : comme liaison chaude - week end : comme liaison froide
Qualité en distribution	Qualité dépréciée pour certains plats qui ne peuvent rester chaud au-delà d'un certain temps (steaks)	Dépréciation minime du produit MAIS Attention à la remise en température	Semaine : comme liaison chaude - week end : comme liaison froide
Effectifs de personnel	Consomme plus de personnel	Economie d'effectifs car production regroupée	Economie d'effectifs car production regroupée

### 3.1.3 Conséquences organisationnelles et financières du maintien d'une restauration autogérée

La décision de conserver le système actuel de production et de distribution des repas doit être analysée sur le plan organisationnel et financier.

## **A) Les conséquences organisationnelles**

Lorsque l'EHPAD aura été construit, la cuisine de Gorze devra desservir deux sites. La distance entre les deux sites étant de huit kilomètres, il conviendra de réfléchir à la mise en place d'un service de transport adapté pour une livraison trois fois par jour des petits déjeuners, déjeuners et dîners. Le service de transport et celui de distribution des repas peuvent alors être organisés sur le site principal en maintenant l'organisation du système existant (production et distribution des repas inchangées) et sur le site annexe, en créant un service de transport par camion ou camionnette dans des contenants isothermes pour une livraison directe dans les services en vrac et une distribution des repas dans l'heure qui suit leur production, afin de respecter la chaîne du chaud. Le temps consacré au chargement et au transport des repas entre le site de Gorze et celui d'Ars sur Moselle peut être évalué en prenant en compte une marge de manœuvre liée aux aléas éventuels, à 1 heure 30 minutes pour la livraison des petits déjeuners, 1 heure 30 minutes pour celle des déjeuners et 1 heure 30 minutes pour celle des dîners soit un total de quatre heures trente minutes par jour, 7 jours sur 7, 365 jours par an, ce qui représente  $365 \times 4h30 = 1\ 642$  heures par an soit un poste à temps plein, le temps légal de travail étant fixé par la loi du 17 janvier 2003 à 1 600 heures par an. Compte tenu des congés annuels, ce service nécessiterait la création, par redéploiement ou par recrutement, de 1,2 équivalent temps plein.

S'agissant des effectifs de la cuisine, le nombre de repas restant identique à celui produit aujourd'hui (630 repas/jour), il ne serait, en principe, pas nécessaire de l'augmenter, sous réserve cependant de la remarque précédente, en ce que l'organisation des plannings de travail sur deux sites pourrait entraîner une demande de moyens en personnel supplémentaires. Il conviendrait cependant dans cette hypothèse de renforcer la formation des personnels à la méthode HACCP, principalement ceux affectés à la distribution des repas, la liaison chaude impliquant des règles d'hygiène strictes et un contrôle permanent des températures. Dans la variante liaison mixte, il serait nécessaire de former l'ensemble des équipes de production et de distribution aux deux méthodes et notamment, ce qui est fondamental en liaison froide, à la technique de remise en température.

## **B) Les conséquences financières**

Le maintien du service de production autogéré impliquera des investissements liés principalement à l'extension des zones de stockage (à intégrer dans le programme de construction de l'EHPAD), au matériel de transport des repas entre les deux sites, aux équipements de maintien des plats à la bonne température et entraînera des dépenses de fonctionnement nécessitées par le recrutement de personnel supplémentaire, si aucun redéploiement interne n'est possible et par la mise en œuvre d'un programme de

formation de l'ensemble des personnels affectés à la fonction restauration. Une étude non exhaustive montre que le maintien de l'actuel système entraînerait un léger surcoût sur le prix de journée alimentaire, de l'ordre de 0,20€ par jour, rendant ce prix moins compétitif par rapport aux tarifs proposés dans le cadre d'une prestation externe<sup>36</sup>.

## **3.2 Abandonner le système actuel de production des repas**

La question de l'abandon du système actuel de production des repas doit s'analyser par rapport au contexte de la restructuration de l'EHPAD, mais aussi à celui de la création envisagée au niveau régional d'un GCS. Les questions à se poser quant à la pertinence du choix à retenir peuvent être résumées ainsi : pourquoi devrait-on abandonner un système qui paraît fonctionner et donner satisfaction ? Les ESG ont-ils les moyens à la fois de s'engager dans une politique ambitieuse et courageuse de revalorisation de la fonction restauration et de financer la construction d'un nouvel établissement ? Les alternatives possibles sont-elles économiquement fiables et de nature à assurer une meilleure prestation aux résidents ?

### **3.2.1 Concéder la restauration à une entreprise privée ou à une collectivité**

La première alternative consiste à concéder la prestation restauration à un tiers. Il s'agit non pas, comme dans certains établissements de faire appel à un soutien logistique<sup>37</sup>, mais d'abandonner purement et simplement la production autogérée et d'acheter les repas des résidents à un prestataire externe, qui peut être public (établissement hospitalier, cantine scolaire, unité de production alimentaire communale) ou privé.

#### **A) Définition**

Aujourd'hui, les établissements de santé ou médico-sociaux ont le choix entre deux systèmes de fonctionnement pour assurer la restauration des personnes prises en charge dans leurs établissements, soit assurer la confection des repas en interne, il s'agit de restauration collective en gestion directe ou autogérée (70% des établissements ont recours à cette solution), soit la déléguer à une entreprise commerciale de restauration collective spécialisée ou à un autre établissement public de santé ou médico-social, auquel seront achetés les repas. Il s'agit de restauration collective concédée. Il est important de noter que la concession peut être réalisée en liaison chaude, froide ou mixte, ce sera au cahier des charges de le déterminer. Nous avons évoqué précédemment les raisons historiques et culturelles qui ont poussé les établissements publics à opter pour une restauration en autogestion plutôt que pour une restauration concédée. A ces raisons, il convient d'ajouter que les institutions étant juridiquement autonomes, elles

<sup>36</sup> Annexe III – Comparaison du prix du repas selon la solution retenue

<sup>37</sup> LEBORGNE G., 2008, *Concéder la fonction restauration en EHPAD – Mémoire de fin d'étude : EHESP Renne*, p 20

préfèrent conserver la maîtrise du process, de l'achat des produits alimentaires jusqu'au service à l'assiette, ce qui représente selon elles un avantage. Mais au-delà de l'appréciation subjective qui peut être portée sur chacun de ces systèmes, deux éléments ont toujours constitué un frein à la concession de la restauration : l'élément budgétaire, et l'élément social.

## B) Prix de revient et problématique budgétaire

Comme cela a été rappelé précédemment, le prix de revient d'un repas aux ESG a été établi en 2011 à 4,57€. Si l'établissement devait passer immédiatement à une restauration concédée, il lui conviendrait, pour faire un choix économique efficient, de calculer l'éventuel surcoût budgétaire résiduel que représenterait pour lui le passage à une restauration concédée. Ainsi, imaginons que le prix de vente d'un repas proposé soit de 3,75€, le « gain » « facial » serait de 0,82€ par repas, soit 0,82€ multiplié par 222 352 repas produits, un gain en année pleine de 182 328€. Mais ce gain n'est réel que si l'établissement parvient à effacer les coûts budgétaires liés, dans sa comptabilité, aux effectifs antérieurement affectés en cuisine, soit par redéploiement interne sur des postes libérés budgétairement, soit par des licenciements, soit enfin par des non remplacements de départs à la retraite, si tant est que des départs soient prévus dans ce secteur.

Le calcul du surcoût budgétaire « net » peut ainsi être évalué :

Dépenses de personnel de la cuisine	320 401€ (maintenues budgétairement)
Economies sur les achats alimentaires	- 550 000€
Prestation alimentaire (nouvelle dépense)	3,75€ X 222 352 repas = 833 820€
Dépense liée à l'amortissement des équipements	-60 899€ (non maintenue budgétairement car revente du matériel et des équipements),
Intérêts financiers des emprunts	11 500€ (dépense maintenue)
<b>Coût budgétaire actuel de la restauration en autogestion</b>	<b>1 016 423€ / coût repas : 4,57€</b>
<b>Coût budgétaire de la restauration en concession</b>	<b>1 165 721€ / coût repas : 5,24€</b>

Le surcoût budgétaire net est de : **148 701€**, ce qui représente un peu plus de quatre équivalents temps plein qu'il conviendrait d'économiser budgétairement, situation qu'il est possible de régler sur un effectif de 275 personnes, mais qui en tout état de cause est génératrice de surcoût d'exploitation devant nécessairement être compensé soit par une économie de dépenses soit par une recette supplémentaire.<sup>38</sup>

<sup>38</sup> Annexe VI – Comparaison du prix du repas selon la solution retenue



### **C) Problématique sociale**

Si la problématique budgétaire dans l'hypothèse de la concession, paraît de prime abord possible à résoudre du fait d'un surcoût budgétaire relativement faible, il n'en va pas de même de la problématique sociale. Il est indispensable en effet dans ce cas de définir un plan de reclassement des personnels qui devrait être accepté par les intéressés eux-mêmes, puis par les instances consultatives, principalement le CTE et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ce projet nécessite en amont une analyse exhaustive de chaque poste de travail adapté au profil individuel de chaque agent. L'effectif de la cuisine ne comportant que huit personnes, il devrait pouvoir être mis en œuvre sans conséquences négatives sur les emplois. La direction de l'établissement doit, en tout état de cause, s'impliquer dans la démarche et mettre en avant les avantages que représenterait pour l'établissement et les agents concernés une concession de la fonction restauration. Un choix de reconversion devrait pouvoir être proposé et négocié avec chacun, en faisant ressortir principalement les améliorations en terme de conditions de travail, de pénibilité moindre, d'horaires plus adaptés, de formation tournée vers la satisfaction des usagers, d'intérêt tourné vers une restauration de qualité. Sans acceptation préalable des différents acteurs, le projet serait inéluctablement voué à l'échec. Outre la concession, les ESG pourraient opter pour une solution de coopération inter établissements, en adhérant à un GCS. Le principe serait de confier, comme pour la concession, la fonction restauration, non pas à un prestataire public ou privé mais à un groupement d'établissements volontaires dont les ESG seraient partie prenante. Cette option implique deux différences essentielles par rapport à la concession, d'une part elle introduit une dimension de coopération entre des établissements ayant la même vocation : soigner et prendre en charge des malades ou des personnes âgées et d'autre part, elle donne la possibilité aux personnels de la cuisine d'intégrer l'unité de production gérée par le GCS, sans changement de métier, sans modification de statut, avec au contraire des perspectives intéressantes de carrière.

#### **3.2.2 Adhérer à un groupement de coopération sanitaire**

La loi HPST favorise les coopérations sanitaires et principalement les GCS de moyens. Cette forme de coopération est également encouragée au niveau régional par nombre d'ARS qui y voient un moyen d'améliorer l'efficacité des établissements, de mutualiser les moyens notamment logistiques et de dégager pour les établissements des économies substantielles de gestion. Il s'agit en l'espèce de créer un groupement dont l'objet sera de fabriquer et fournir des repas aux membres adhérents. Cette forme de GCS est prévue par les articles L6133-1 et suivants du CSP et R.6133-1 et suivants du même code. Le GCS de moyens est la forme de droit commun qui a pour objectif d'autoriser la mise en commun de ressources humaines, matérielles, logistiques ou administratives.

## **A) Un GCS en cours de constitution au niveau régional**

Le SIH de Blanchisserie de METZ, créé le 1er octobre 2001 et comprenant 16 établissements de santé a été transformé, conformément à la loi HPST, en GCS à compter du 1er janvier 2012. Le GCS ainsi constitué est une personne morale de droit public qui succède à un SIH ayant 10 années d'existence. Il traite et fournit le linge des établissements adhérents. Récemment, le CHR de Metz Thionville s'est trouvé dans l'obligation de se doter d'une UCPA en raison de l'obsolescence de sa propre unité de production. Une étude menée sur l'externalisation de la production avait montré que cette solution n'était envisageable ni au plan social ni opérationnelle (pas de réponse de sociétés privées compte tenu du nombre important de repas à traiter). L'idée de créer une structure publique qui répondrait aux besoins du CHR et d'autres établissements proches a donc été lancée par le SIH et reçu un écho favorable du CA en interne et de l'ARS de Lorraine au niveau régional.

## **B) Objectifs du GCS**

La décision de constituer un GCS restauration s'appuie sur quatre objectifs principaux :

1/ L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et des résidents, par la réduction du jeûne nocturne en apportant une réponse adaptée et en élaborant un plan alimentaire décliné par saison (printemps, été, automne, hiver).

2/ La professionnalisation des processus de commande et de fabrication des repas.

3/ La maîtrise des coûts financiers tant d'un point de vue du prix de vente des repas (11 000 repas/jour), évalué à 2,45€<sup>39</sup> que du point de vue des investissements (la construction de l'UCPA dont le coût s'élève à 11 millions d'euros sera financée exclusivement par emprunt au niveau du GCS. Cette mesure n'incombera donc pas aux établissements membres déjà fortement endettés pour la plupart.

4/ Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans le cadre d'une structure publique. Il s'agit là d'un avantage important pour les professionnels de restauration qui conserveraient leurs statuts et qui bénéficieraient d'un accompagnement individualisé.

## **C) Démarche régionale et appui de l'ARS,**

Les ARS disposent de leviers notamment financiers pour susciter les coopérations sanitaires, dans la mesure où ce sont elles qui allouent les ressources aux établissements sanitaires sociaux médico-sociaux, publics et privés. La loi HPST leur a donné également des outils juridiques, principalement le GCS qui consiste à faire collaborer ensemble des établissements publics et privés et la Communauté hospitalière de territoire (CHT) qui consiste en une coopération exclusivement entre établissements publics. Le GCS

---

<sup>39</sup> Coût denrées uniquement

« blanchisserie » comportant des établissements privés en son sein (3 sur 16), l'ARS Lorraine, en liaison étroite avec le CHR de référence, voit très positivement une opération de rapprochement dans le domaine logistique pour deux raisons : la première est d'éviter au plus gros établissement, qui doit refaire intégralement ses cuisines, de recourir à l'emprunt, et de dégrader sa situation financière, la seconde est de réduire les coûts de revient de fabrication des repas à l'échelon régional et par voie de conséquence les prix de journée. Cependant, les ARS ne souhaitent que rarement s'ingérer dans les affaires internes des établissements et c'est pourquoi elles préfèrent opter pour une politique axée sur le volontariat et susciter plutôt que d'imposer. Elles disposent du pouvoir d'agréer ou non un GCS et leur création fait l'objet d'un arrêté publié au registre des actes administratifs de la région. De plus la loi rappelle (articles L 6133-3 et suivants du CSP) que l'existence du GCS repose sur une démarche volontaire des membres. En l'espèce, le projet d'intégrer un GCS de moyens dont l'objet serait de produire des repas pour les établissements membres, dépend donc de la volonté de ces établissements et de leur engagement dans cette opération.

#### **D) Engagement des membres**

L'engagement des membres sur un projet clair et sans ambiguïté est la clé de la réussite du projet. La loi a prévu à cet effet que la convention constitutive du groupement constitue le socle sur lequel les membres et les futurs membres doivent s'engager en toute connaissance de cause. « La convention constitutive traduit l'accord des parties sur les objectifs, le champ, et les modalités de pilotage de la coopération envisagée. Son contenu doit être clair et compréhensible pour l'ensemble des acteurs. »<sup>40</sup> Le GCS doit répondre à un engagement précis de la part des membres et présenter un avantage significatif par rapport à d'autres formes de coopération comme une simple convention.

##### *a) Un engagement précis des membres :*

La convention constitutive d'un GCS doit comporter des mentions obligatoires qui sont prévues par l'article R 6133-1 du CSP. Outre l'objet, l'identité, la nature juridique du groupement, les droits des membres, l'existence ou non d'apports, les adhérents d'un GCS doivent être conscients d'une part qu'ils sont responsables à l'égard des tiers des dettes du GCS à proportion de leurs droits sociaux et d'autre part qu'ils s'engagent dans les conditions définies par la convention concernant les règles d'adhésion, de retrait et d'exclusion des membres. Il est cependant important de savoir que le retrait d'un participant est non seulement possible mais de droit (article R 6133-7 II du CSP) si la demande est notifiée six mois avant la fin de l'exercice budgétaire. Il convient de noter

---

<sup>40</sup> MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, *La Convention constitutive DGOS / DGFIP mise à jour sept 2011 - Fiche technique N°1.*

que lorsque le groupement ne comporte que deux membres, le retrait de l'un deux entraîne sa dissolution.

*b) Un avantage significatif par rapport à une simple convention*

Pourquoi créer un GCS si on peut faire plus simplement ? Il s'agit d'une question fondamentale et les ARS peuvent là aussi donner leur avis et se prononcer sur l'opportunité de créer un groupement ou d'opter pour le cadre conventionnel. Dans le cas d'espèce, la convention ne constitue pas une réponse adaptée car cela supposerait que le CHR de Metz Thionville qui est le promoteur du projet (en raison notamment du nombre important de repas qu'il consomme (5 000 / jour)) dispose d'une unité de production suffisante pour répondre à ses besoins et satisfaire ceux d'autres « clients » potentiels. Or, ce n'est pas le cas, les cuisines du CHR, comme cela a été évoqué plus haut, doivent être refaites à neuf pour un montant évalué à 11 millions d'euros. Cet investissement devrait, dans l'hypothèse conventionnelle, incomber à l'établissement qui n'en a pas les moyens. Il devrait par ailleurs, dans une conjoncture économique difficile, recourir à l'emprunt, sans garantie d'obtenir les fonds du fait de la réticence, voire de l'impossibilité dans laquelle les banques se trouvent actuellement pour débloquer des crédits. La création d'un GCS répond dès lors parfaitement à la problématique, puisque c'est le GCS en tant que tel qui devient le maître de l'ouvrage, qui assure à la fois le financement et la construction de l'UCPA. Enfin, le GCS en tant qu'employeur a vocation à reprendre les personnels de cuisine des établissements membres, dans des conditions économiques à étudier notamment en termes d'impact sur les prix de vente des repas.

### **3.2.3 Conséquences organisationnelles et financières liées à l'adhésion à un GCS alimentaire**

L'adhésion à un GCS implique des conséquences dans l'organisation ainsi qu'au niveau financier qui sont différentes de celles liées à la concession. Certes, les ESG deviennent dans les deux hypothèses « client » d'un prestataire extérieur, dont ils sont eux-mêmes partie prenante, mais l'impact organisationnel et financier n'est pas le même. Par ailleurs, il existe en l'espèce, une autre différence fondamentale entre les deux solutions en ce que le GCS en cours de constitution ayant retenu la liaison froide, du fait du nombre de repas à fabriquer (11 000 repas/jour) et de sites à desservir, les ESG adoptent de facto la liaison froide en adhérant au groupement.

#### **A) Les conséquences organisationnelles**

*a) Au niveau des personnels de la cuisine :*

Dans le cadre d'une concession, il revient à l'établissement de reclasser les professionnels de la cuisine, sur la base si possible du volontariat et en se fixant comme

objectif la non suppression d'emplois. Ce reclassement n'est cependant pas chose simple car il porte sur des personnes ayant des compétences spécifiques difficiles à utiliser dans d'autres secteurs d'activité de l'établissement de santé. L'adhésion à un GCS est très différente, car elle permet aux agents de la cuisine, notamment les cuisiniers, le ou les responsables, d'être immédiatement réemployés par la nouvelle structure à un poste de qualification identique voire supérieur et dans le même métier, en conservant le statut de la fonction publique hospitalière, l'ancienneté dans le corps et dans le grade.

*b) Au niveau des personnels de service :*

Une prestation externe en liaison chaude aurait peu de conséquences sur les personnels de service qui devraient continuer à distribuer les repas dans des conditions similaires à celles actuellement en vigueur, en respectant scrupuleusement la chaîne du chaud. En revanche, le passage à la liaison froide impliquerait une adaptation des équipes aux éventuels nouveaux équipements et surtout aux procédures de remise en température qui sont, dans ce domaine, essentielles pour la préservation des qualités gustatives des plats. Les ESG, en lien avec le GCS, auraient également à organiser un plan de formation adapté et répété pour ces personnels.

*c) Au niveau des procédures :*

Nous avons vu que la liaison chaude oblige à respecter des règles d'hygiène draconiennes. Ces dernières s'appliquent à tous les stades du traitement des denrées alimentaires (stockage – fabrication – livraison et distribution des repas – élimination des déchets). La marche en avant, c'est-à-dire l'interdiction absolue de faire croiser des éléments propres et sales et le respect des températures tant pour les aliments servis chauds que pour ceux servis froids (préparations froides, salades, desserts) s'appliquent également aux cuisines collectives. Dans le cadre d'une prestation externe, que ce soit en concession ou dans le cadre d'un GCS, que le process retenu soit de la liaison chaude ou froide, la plus grosse partie des procédures va être déportée sur l'unité de production externe. Il en sera ainsi des procédures de réception des marchandises et de fabrication qui disparaissent. Seuls seront maintenus la réception des containers, la remise ou le maintien en température et le service à table. Dans ces hypothèses, les procédures HACCP sont en quelque sorte « allégées » pour les ESG, qui doivent bien entendu continuer à les appliquer et à les respecter, mais sur une partie de la chaîne alimentaire beaucoup moins étendue. En tout état de cause, cet « allègement » devrait permettre aux ESG de renforcer sa politique d'amélioration de l'hygiène en restauration.

*d) Au niveau de la qualité :*

Une des questions principales, dans un contexte où les esprits sont très attachés à un mode de restauration inchangé depuis des décennies, est de savoir quel sera le niveau

de qualité de la prestation en liaison froide par rapport à celui de la liaison chaude. Il s'agit d'une question préalable et essentielle à aborder notamment dans les discussions (voir ci-après) car l'adhésion au GCS régional signifie ipso facto pour les ESG de retenir le process de liaison froide. Comment convaincre alors les acteurs que cette solution garantira aux résidents une qualité au moins équivalente voire supérieure ? Quelques éléments de réponse peuvent être avancés :

1/ La liaison froide permet d'abord d'offrir davantage de choix au niveau des menus proposés, ce que la liaison chaude ne permet pas dans les conditions actuelles d'organisation et de fonctionnement, notamment au niveau des effectifs de la cuisine qui sont juste suffisants pour absorber la charge de travail liée à la production de 222 352 repas par an. Or, nous avons vu que le Décret de janvier 2012 oblige les établissements à compter de juillet 2013 à proposer quatre choix de menu à chaque repas, ce qui aura obligatoirement un retentissement sur la charge de travail déjà lourde des équipes ;

2/ Il est unanimement admis que la liaison froide garantit la qualité organoleptique et gustative des aliments mais qu'elle n'est pas adaptée à certaines préparations, par exemple les steaks, les frites et d'une manière générale les préparations de dernière minute. A cette objection, la réponse consiste à prévoir une ou plusieurs petites unités de fabrication et/ou de préparations spécifiques à la demande ;

3/ La critique la plus souvent avancée est que les plats servis en liaison froide n'ont pas de goût, sont sans saveur, sans odeur ou d'odeur désagréable et sont secs. A cette critique (réelle), la réponse est simple, la qualité du produit fini, c'est à dire servi dans l'assiette, dépend de la qualité du produit lui même, de la manière dont il a été préparé et enfin des modalités de sa remise en température. Or, à ces trois étapes fondamentales existe une réponse adaptée : affecter des acheteurs professionnels pour sélectionner et négocier des produits de qualité, en respectant bien entendu la règle du meilleur rapport qualité / prix et les règles en matière de développement durable. Pour ce faire, il est indispensable de recruter des personnes qualifiées ayant suivi une formation adaptée au process de liaison froide. On sait malheureusement que beaucoup d'établissements ont dans leurs cuisines, des personnels sans qualification ou avec une qualification limitée. Enfin il est essentiel d'être très attentif au respect des procédures de remise en température. En effet, le produit peut être d'excellente qualité et avoir été préparé dans les règles de l'art, une mauvaise remise en température peut venir gâcher la qualité finale du plat. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant pour faire en sorte que les personnels chargés de cette tâche soient sensibilisés à son importance et formés à l'utilisation des équipements et au respect des procédures.

Le tableau ci-après retrace de manière synthétique les impacts organisationnels des trois solutions :

Impacts organisationnels des options possibles

Options	Présence d'effectifs de production	Plan de reclassement	Augmentation des effectifs	Respect procédure HACCP	Contrôles des températures	process
Autogestion	OUI	NON	OUI	OUI sur l'ensemble du process	OUI sur l'ensemble du process	Liaison chaude
Concession	NON	OUI	NON	PARTIEL	Uniquement à réception et lors de la distribution	AU CHOIX
GCS	NON	NON	NON	PARTIEL	Uniquement à réception et lors de la distribution	Liaison froide

## B) Les conséquences financières

Comme pour la concession, l'adhésion à un GCS aura pour première conséquence la suppression des fonctions achat, réception et stockage des denrées alimentaires. Au plan financier, si l'on reprend les chiffres 2011 fournis par la comptabilité des ESG, l'économie immédiate est de 550 000€ en année pleine, à laquelle il conviendra d'ajouter le temps antérieurement consacré aux achats, à la réception, au stockage et à la distribution des marchandises. En second lieu, et c'est là tout l'intérêt du GCS, les personnels de cuisine seront, en totalité ou en partie seulement, selon leurs qualifications, redéployés sur l'unité de production centrale, ce qui générera une économie à hauteur des emplois ainsi redéployés, puisque le GCS, comme nous l'avons indiqué, peut être employeur. Ces redéploiements d'effectifs sont bien évidemment, directement affectés au prix de vente des repas par le GCS. L'étude préalable menée par le CHR de Metz Thionville montre que l'impact des personnels sur le prix du repas serait de 0,80€, ce qui selon l'étude est tout à fait compétitif, celui des denrées alimentaires de 2,10€, celui lié aux charges financières de 0,55€ et celui des frais de fonctionnement de 0,5€. Au total, le coût du repas pourrait s'établir à **3,95€**<sup>41</sup>. Mais selon toute vraisemblance, ce dernier pourra être optimisé et ramené à **3,75€**<sup>42</sup> ce qui est très inférieur au prix du repas actuel aux ESG. Le comparatif des différentes hypothèses envisagées s'établit comme suit :

Coût budgétaire actuel de la restauration en autogestion : 1 016 423€ coût repas : 4,57€<sup>43</sup>

Coût budgétaire futur de la restauration en autogestion : 1 060 619€ (coût repas : 4,77€)<sup>44</sup>

Coût budgétaire de la restauration dans le cadre du GCS : 845 323€ (coût repas : 3,80€)<sup>45</sup>

<sup>41</sup> Annexe IV – Prix de revient du repas dans le cadre du GCS

<sup>42</sup> Annexe V – Optimisation du coût du repas dans le cadre du GCS

<sup>43</sup> Annexe VI – Comparaison du prix de revient du repas selon la solution retenue

<sup>44</sup> Idem

Coût budgétaire de la restauration en concession : 1 165 124€ (coût repas : 5,24€). Le prix de revient, dans cette hypothèse est prohibitif du fait du maintien des effectifs de la cuisine dans les charges budgétaires. Le tableau ci-après retrace les différences entre les trois solutions en termes de coût du repas :

Pocess	Maintien autogestion	Concession (hypothèse de 3,75€ prix repas)	Groupement de coopération sanitaire (hypothèse de 3,75€ prix repas)
coût actuel	4,57 €		
coût futur	4,77 €	5,24 €	3,80 €

Au terme de cette analyse, des propositions concrètes sur l'avenir de la fonction restauration aux ESG peuvent être avancées.

---

<sup>45</sup> *Idem*



## **4 Quelles propositions pour une optimisation de la fonction restauration ?**

A court terme, je préconise la mise en place d'actions immédiates dans les domaines alimentaire, nutritionnel et hôtelier. Ces actions apporteront des réponses adaptées aux dysfonctionnements constatés dans le cadre de cette étude. Ce travail important et préalable au choix qui devra être arrêté lors de la mise en service de l'EHPAD, permettra d'intégrer une démarche qualité / sécurité dans le domaine alimentaire. A moyen terme, à l'approche de la mise en service de l'EHPAD, les esprits seront préparés à une modification en profondeur de cette fonction.

### **4.1 Actions immédiates destinées à améliorer la prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des résidents**

Quelle que soit la solution qui sera adoptée in fine au niveau du process, des actions immédiates d'amélioration peuvent être retenues par la direction de l'établissement.

#### **A) Une meilleure prise en charge de la dénutrition au sein de l'établissement**

L'enquête destinée au personnel soignant a révélé des carences dans le domaine de la prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des résidents aux ESG. Les résultats des IPAQSS dans le cadre de la certification V2010 ont renforcé ce diagnostic. Or, il existe des outils efficaces pour lutter contre la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. En effet, dans ce domaine, l'HAS propose de conformer les pratiques professionnelles des établissements de santé à ses préconisations, dont celle de respecter les repères du PNNS. En cas de dénutrition avérée il est ainsi préconisé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires, d'éviter une période de jeûne nocturne trop longue, de privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines adaptés aux goûts du patient et d'organiser une aide au repas et favoriser un environnement agréable. Je pense qu'il serait donc souhaitable que les ESG mettent en place rapidement ces mesures très concrètes et qu'ils renforcent le dépistage et le suivi de la dénutrition auprès de leurs résidents.

#### **B) La mise en place d'un dépistage et d'un suivi renforcés de la dénutrition**

Dès son admission dans l'établissement, il conviendrait que la personne âgée fasse l'objet d'un dépistage immédiat au moyen d'outils diagnostics appropriés, puis que cette opération soit renouvelée chaque mois. Toutefois, si l'état clinique le nécessite, le dépistage serait renforcé en fonction de l'importance du risque. Plusieurs examens adaptés permettraient de détecter la dénutrition ; la recherche de situations à risque, l'estimation de l'appétit et /ou des ingestas, la mesure du poids, l'évaluation de la perte de

poids par rapport au poids antérieur, le calcul de l'IMC et la réponse à un questionnaire du type MNA. En fonction des résultats obtenus, un diagnostic de dénutrition devrait être établi en conformité avec les normes indiquées par la HAS. Ainsi, une dénutrition est avérée si la perte de poids est supérieure ou égale à 5% en un mois ou si elle est égale ou supérieure à 10% en six mois. Un état de dénutrition est également constaté si l'IMC est inférieur à 21, si l'albuminémie est inférieure à 35 g/l et si le score du MNA global est inférieur à 17. La dénutrition sévère est quant à elle avérée lorsque la perte de poids est supérieure ou égale à 10% en un mois ou si elle est supérieure ou égale à 15% en six mois. Enfin, en cas de dénutrition sévère, l'IMC est inférieur à 18 et l'albuminémie est inférieure à 30g/l. Aux ESG, le dépistage et le suivi de la dénutrition existent partiellement car une partie des examens préconisés sont réalisés comme la pesée mensuelle des résidents, le calcul de l'IMC, la recherche de situation à risque de dénutrition et l'estimation de l'appétit et/ou des ingestas. Cependant, les questionnaires de type MNA ne sont jamais réalisés ou le sont de façon marginale. Quant à la mesure de l'albuminémie, elle n'est effectuée que très rarement. Aussi, je propose de conformer les pratiques professionnelles des ESG aux recommandations de l'HAS en confiant la coordination de cette démarche au président du CLAN. Par ailleurs, d'autres outils pourront être mis en place comme des procédures internes de prise en charge de la dénutrition destinées à tous les personnels soignants (IDE, AS,ASH) en y associant les agents de la cuisine.

### **C) L'intégration de la santé bucco-dentaire dans une politique de promotion de la santé générale**

La santé bucco-dentaire des personnes âgées constitue un enjeu majeur de santé publique. C'est pourquoi l'ARS Lorraine a fixé dans ses priorités régionales, la réduction des inégalités d'accès à la santé de manière à améliorer de façon équitable la distribution de l'offre de soins, et c'est aussi pourquoi elle invite les professionnels de santé à développer des modalités d'intervention innovantes à l'égard des publics en difficulté que sont notamment les personnes âgées dépendantes. J'ai été personnellement sensibilisée à ce problème de santé lors d'une réunion associant les médecins coordonnateurs d'EHPAD, les directeurs d'établissements gériatriques publics et privés et les représentants de l'ARS Lorraine. Cette rencontre qui s'est déroulée courant décembre 2012 dans les locaux du conseil de l'ordre des médecins à Nancy (Meurthe et Moselle), avait pour but de sensibiliser les professionnels de santé sur les problèmes buccodentaires de la personne âgée grâce à des avis de dentistes experts venus spécialement pour la circonstance.

L'organisation de la prévention et des soins buccodentaire des personnes âgées dépendantes pose problème notamment pour deux raisons, d'une part le manque de

sensibilisation et d'information des personnes concernées, de leur famille et des AS, tant pour les questions de prévention que pour les soins (par exemple, l'absence de dentition ne signifie pas pour autant que les problèmes bucco dentaires n'existent pas) et d'autre part les difficultés liées à l'organisation des transports et à la prise en charge des consultations dentaires. Cependant, des solutions existent et peuvent être mises en œuvre. Au préalable, il est essentiel que l'institution donne un signal fort sur cette question éminemment importante. Le projet d'établissement et le projet de soin sont à cet égard des leviers d'action indispensables pour une meilleure prise en charge bucco dentaire des résidents. Plus concrètement, la mutualité française de Lorraine propose la mise en place d'une unité mobile de soins dentaires. Pour ce faire, elle recherche des partenaires tels que les associations, les collectivités territoriales, les réseaux de santé, les professionnels et les établissements de santé. Aussi, je propose que les ESG s'inscrivent rapidement dans cette démarche destinée à faciliter l'accès aux soins dentaires des personnes âgées.

### **C) La formation des personnels soignants et des personnes aidantes et la création d'équipes spécialisées**

Pour optimiser la prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des résidents, la formation est un levier incontournable. La lutte contre la dénutrition, l'amélioration de l'état buccodentaire des personnes âgées ne s'acquiert qu'avec l'aide de connaissances spécifiques destinées à améliorer les pratiques professionnelles. Pour ce faire, le programme de formation doit inscrire comme une priorité institutionnelle la formation à la prise en charge alimentaire et à tout ce qui concerne la fonction restauration. Courant décembre 2011, les personnels soignants ont bénéficié d'une formation relative aux techniques de distribution des repas. Cette dernière, destinée à améliorer la sécurité alimentaire et l'offre hôtelière aux ESG, a permis d'améliorer certains aspects de cette fonction, par exemple le relevé des températures des plats dans les services de soin et la réduction du jeûne nocturne en différant les heures de repas. Cette démarche est fondamentale, elle doit devenir une stratégie institutionnelle partagée par tous. Les efforts dans le domaine de la formation des personnels soignants et des personnels de la cuisine devront être soutenus, renforcés et inscrits dans un programme pluriannuel de formation. En effet, l'enquête réalisée du 15 mars au 15 juin 2012 aux ESG a démontré que 80% des personnes sondées n'avaient pas bénéficié de formation appropriée. Il est par conséquent essentiel que le plan de formation soit conforté dans les domaines précités. Ces actions seront complétées par des formations dédiées plus spécifiquement aux agents de la cuisine et destinées à améliorer la texture des plats mixés et les techniques de cuisson.

Il sera également nécessaire de créer des équipes spécialisées par exemple en nommant un responsable « HACCP » au sein de la cuisine et en créant une équipe opérationnelle d'hygiène pluridisciplinaire, destinée à veiller au contrôle des préconisations en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire. Pour une meilleure coordination des différents personnels concourant à l'alimentation des résidents il est également urgent de réactiver les instances consultatives telles que le CLAN et les commissions de menus.

#### **4.1.2 Des instances consultatives confortées et la participation des résidents renforcée**

La loi du 2 janvier 2002 a placé l'utilisateur au centre du dispositif médico-social. Cette démarche s'est concrétisée par la mise en place de nombreuses instances consultatives dont le conseil de vie sociale (CVS). La volonté du législateur était claire ; faire participer les usagers à l'organisation et au fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. Cependant, la seule volonté réglementaire ne suffit pas pour impulser une réelle démarche participative, laquelle doit être obligatoirement accompagnée d'une volonté institutionnelle.

##### **A) Une participation accrue des résidents au CVS**

La loi du 2 janvier 2002 renforce les droits des usagers et leur participation à la vie de l'établissement. Le CVS découle de la volonté des pouvoirs publics de faire participer les résidents à la vie de l'institution. Mais, pour conforter ce dispositif, la direction doit rechercher et encourager la participation des usagers. Aux ESG, le CVS a été créée au cours de l'année 2007. Ce dernier est composé, entre autres, de représentants des résidents et de représentants du personnel de l'établissement. Cette instance donne son avis et fait des propositions sur les questions concernant le fonctionnement de l'établissement (vie quotidienne, activités, animation, projets de travaux, nature et prix des services rendus). Je propose que cette instance soit pleinement impliquée dans le projet de restructuration de l'EHPAD avec son corollaire, le projet restauration. En effet, l'adhésion des résidents à ce projet est fondamentale. En tant que « payeurs » de la section hébergement, les résidents doivent être largement consultés sur les coûts induits par la fonction restauration ainsi que sur la qualité de cette prestation. Le CVS est une instance participative au sein de laquelle les usagers doivent bénéficier d'une attention particulière. Leur volonté, leurs attentes et la recherche de leur bien-être doivent constituer le socle fondateur de cette instance.

##### **B) La réactivation du CLAN et le recrutement d'une diététicienne**

Le rôle principal du CLAN est de coordonner l'ensemble des acteurs dans les établissements de santé participant à la prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des usagers en vue de partager une politique commune dans le domaine de la

restauration. Ce dernier doit avoir une vie propre et indépendante. Aucun participant ne doit s'approprier cette instance sous peine de dénaturer son propre rôle et celui du CLAN. A ce titre, l'expérience vécue aux ESG est significative. Aussi, il est urgent de repositionner cette instance dans ses véritables attributions dont la conduite de travaux portant sur l'alimentation et la nutrition. « Cet aspect est un des éléments clés de la prise en charge des patients et des résidents dans les établissements de santé »<sup>46</sup> Une autre mission du CLAN consiste à donner un avis éclairé sur l'organisation de la cuisine et des services de soins ainsi qu'en cas de travaux impactant le domaine de la restauration. Le CLAN intervient également dans la formation continue des personnels et organise le suivi des bonnes pratiques professionnelles (les EPP) médicales et paramédicales. Enfin, le CLAN peut se positionner sur la qualité de la prise en charge hôtelière des usagers dont l'importance pour les établissements gériatriques est capitale. L'amélioration de la fonction restauration aux ESG ne pourra pas se concrétiser sans la participation active du CLAN lequel doit retrouver rapidement un fonctionnement adapté. Je suggère une implication forte de la direction dans cette démarche laquelle doit redynamiser et réactiver le CLAN en l'impliquant de facto dans le projet de restructuration de l'EHPAD. Je propose par ailleurs la signature d'une convention de partenariat entre les ESG et le CHR de Metz Thionville, géographiquement proche, pour mutualiser les compétences d'une diététicienne. En effet, pour des raisons budgétaires, les ESG n'ont pas pourvu ce poste en interne. Cependant, l'élaboration du plan alimentaire et la gestion des régimes et des textures de repas dépendent fortement d'une expertise spécifique.

### **C) Le renforcement de la participation des résidents aux commissions de menus**

Les commissions des menus sont des instances consultatives informelles destinées à améliorer la fonction restauration au sein d'un établissement de santé. Composées d'équipes pluridisciplinaires (médecin, personnels soignants, diététicienne, agents de cuisine, membre de la cellule qualité, représentants de la direction, représentants des usagers), ces rencontres ont pour but, entre autres, d'identifier les difficultés liées à la fonction restauration, de planifier et d'arrêter de nouveaux plans alimentaires, de définir de nouvelles politiques hôtelières et de mesurer la satisfaction des usagers. Ayant participé à la dernière commission des menus aux ESG, j'ai pu relever quelques dysfonctionnements pouvant être à l'origine d'une communication difficile entre les différents participants. A l'évidence, la commission des menus ne s'était pas réunie depuis longtemps, elle a été réactivée en même temps que le CLAN notamment dans le cadre de la certification V2010, laquelle pose des critères de qualité dans le domaine de la dénutrition des personnes âgées. Aussi, la réunion reposait moins sur une volonté institutionnelle d'améliorer la prestation restauration que sur la contrainte liée en partie à

---

<sup>46</sup> MEAH, mai 2008, Comité de liaison en alimentation et nutrition – Mettre en place un CLAN, Paris, Berger-Levrault, p 20 - 21 p. [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

la certification. J'ai remarqué que ce contexte n'était pas propice aux échanges entre les différents acteurs des ESG dans la mesure où les points de vue restaient trop sectoriels et cloisonnés. Il manquait à ce débat une vision d'ensemble et une cohérence générale sur la question de la restauration. Que souhaite-t-on dans le domaine de l'alimentation aux ESG et qu'en pensent les principaux intéressés, les résidents ? Pour répondre à cette question, il est indispensable de renforcer la participation des usagers dans les commissions de menus.

#### **4.1.3 Le bien être des résidents au cœur du projet restauration**

Jusqu'ici, la préoccupation majeure des établissements de santé en termes de restauration était la sécurité alimentaire, traduite sur le terrain par la mise en place de la démarche HACCP, la marche en avant et un PMS. Aussi, la liaison froide s'est souvent imposée, notamment dans les grands hôpitaux, davantage pour répondre aux contraintes d'hygiène que pour apporter une réponse qualitative à la restauration. On pourrait raisonnablement dire que la sécurité alimentaire prévalait sur la qualité des repas. Aujourd'hui, les problèmes de dénutrition, en particulier des personnes âgées en institution, et la recherche d'une meilleure offre hôtelière ont suscité un regain d'intérêt pour la fonction restauration. Cette dernière occupe désormais une place très importante dans le projet de vie des résidents en EHPAD.

##### **A) Une offre hôtelière optimisée dans le cadre du projet de vie**

Au niveau financier, l'alimentation est imputée sur la section hébergement laquelle est elle-même facturée aux résidents. Aussi, d'un point de vue hôtelier on peut dire que le financeur est le client. Cette donnée est très importante dans la mesure où elle positionne l'utilisateur au centre du dispositif médico-social. Ce dernier impose entre autres l'existence d'un projet de vie lequel détermine le parcours des résidents au sein de l'institution. L'offre hôtelière tient une place prépondérante dans le projet de vie. « Dis-moi ce que tu manges je te dirai qui tu es » cette citation illustre bien le rôle de l'alimentation notamment dans les établissements gériatriques. Selon Jean Pierre Poulain et Bernard Saint-Savin, les repas remplissent quatre grandes fonctions : la fonction hygiénique (sûreté microbiologique et chimique des aliments), la fonction nutritionnelle (répondre à l'ensemble des besoins nutritifs quotidiens), la fonction conviviale (donner au patient et au résident l'opportunité d'adhérer à un groupe social et la fonction hédonique (le repas est un moment de plaisir). Les deux dernières fonctions dépendent entièrement de l'offre hôtelière aussi cette dernière doit répondre aux attentes des résidents. Donner envie d'avoir envie, c'est l'objectif que devrait atteindre l'hôtellerie dans les EHPAD. Cependant, le constat réalisé aux ESG est plutôt en demi-teinte. Aussi, je propose d'améliorer l'offre hôtelière en formant davantage les personnels soignants aux techniques de distribution des repas en matière de convivialité et d'aide à la prise des repas. Par ailleurs, il

conviendrait d'égayer les salles à manger au moyen de nappes et de vaisselle colorées, de décoration adaptée et d'ambiance apaisée (téléviseur de préférence éteint pendant les repas). La satisfaction du résident repose à 20% sur ce qu'il a mangé et à 80% sur l'environnement.<sup>47</sup> Le temps des repas a également une grande importance, ce dernier ne doit pas être inférieur à 30 minutes pour le petit déjeuner et la collation et à 45 minutes pour le déjeuner et le dîner. Le projet de vie doit obligatoirement intégrer le projet restauration en termes d'axes d'amélioration. Le thème de prédilection devrait être l'amélioration de la prise en charges alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées compte tenu de l'ampleur de cette pathologie (860 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer<sup>48</sup>) et de la spécificité des personnes accueillies aux ESG. Enfin, le projet restauration pourrait anticiper sur l'achat de nouveaux chariots de transport des repas en remplacement du parc existant lequel ne donne pas satisfaction en termes de maintien des températures. Le cahier des charges relatif à l'acquisition de nouveaux matériels de transport, serait conforme aux besoins déterminés dans le cadre du projet restructuration de l'EHPAD et tiendrait naturellement compte de l'organisation des repas prédéfinie.

## **B) La prise en charge individualisée des résidents**

La loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale, elle détermine de nouveaux modes de prise en charge des usagers dont l'accompagnement individualisé. Ce dispositif rappelle que « les usagers ne constituent pas une catégorie homogène et que l'action sociale et médico-sociale ne correspond plus à une production de masse. Chaque usager doit être considéré comme une personne singulière.»<sup>49</sup> Aussi, pour lutter efficacement contre la dénutrition en EHPAD et pour offrir une restauration de qualité, le suivi personnalisé des résidents s'impose. Cette démarche vertueuse risque toutefois de rencontrer des difficultés liées au manque de personnel soignant. « Selon le Conseil national de l'alimentation, un ratio moyen de 0,8 agent (tous personnel confondus) par résident doit constituer l'objectif à atteindre pour assurer une prise en charge des repas de qualité ».<sup>50</sup> Force est de constater qu'en France, de nombreux établissements médico-sociaux n'atteignent pas ce ratio, c'est pourquoi, ce mode de prise en charge peut être difficile à mettre en place. Néanmoins, cette démarche doit être encouragée et impulsée par la direction de l'établissement. Je propose par ailleurs d'organiser des rencontres

---

<sup>47</sup> DUMONT A., janvier 2012, « Les ingrédients d'une restauration de qualité », *EHPAD Magazine*, n° 01, pp 18-19.

<sup>48</sup> RIO C, JEANNIER C., LEJEUNE H. et al. 2011, *Alimentation et Alzheimer- s'adapter au quotidien*, Rennes : Presse de l'EHESP, p 7

<sup>49</sup> BAUDURET J.F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, 2<sup>e</sup> édition, Saint-Jean de Braye : DUNOD : p 93.

<sup>50</sup> DUMONT A., janvier 2012, « Les ingrédients d'une restauration de qualité », *EHPAD Magazine*, n° 01, p 19.

périodiques entre les cuisiniers et les résidents pour favoriser les échanges et faciliter la personnalisation des repas. Pour compléter les moyens humains, des moyens matériels tels que l'acquisition d'un logiciel de gestion des repas, peuvent contribuer à optimiser la prise en charge individualisée des résidents.

### **C) L'acquisition d'un logiciel de gestion des repas**

La cuisine des ESG ne possède pas de logiciel informatique dédié à la fonction restauration. Cette dernière est entièrement organisée manuellement. Dans les services de soins et d'hébergement, les référents hôteliers collectent les besoins alimentaires (nombre de repas, de régimes et de textures spécifiques) pour les transmettre à la cuisine laquelle se charge d'exécuter les directives. Source de dysfonctionnements, ce mode opératoire nécessite d'être modernisé. Aussi, je propose d'inscrire l'acquisition d'un logiciel de gestion des repas au plan d'investissement dont les fonctions principales sont la prise de commande de menus au lit du patient et/ou résident, la génération en direct du nombre de repas à produire en cuisine (en nombre et en nature : *différents régimes, différentes textures haché, haché fin, mixé*), la génération des commandes de produits alimentaires auprès des fournisseurs, une aide efficace à la mise au point des plans alimentaires plus adaptés aux saisons (été, hiver), la gestion des recettes et des processus de fabrication et le suivi de la démarche HACCP et du PMS. Au-delà de ces préconisations qui peuvent être mises en œuvre immédiatement, il me semble particulièrement intéressant que les ESG s'associent à la démarche de mutualisation en cours, et profitent du délai existant avant la mise en service de l'EHPAD (2017) pour initier une réflexion en interne sur l'avenir de la restauration dans l'établissement en mettant en avant l'opportunité que représente la création d'un GCS régional.

## **4.2 L'externalisation de la restauration dans le cadre d'un GCS**

L'adhésion au GCS régional en cours de constitution me semble être de nature à répondre à la problématique rencontrée par les ESG à un double niveau, celui de la recherche maximale de la qualité en matière de restauration et celui de l'efficacité, c'est-à-dire l'obtention, dans un contexte économique contraint, du meilleur rapport qualité / prix d'un repas servi à l'assiette du résident. L'externalisation de la fonction restauration dans ce cadre exigera cependant une implication forte et un engagement sans faille de la direction dans un projet certes novateur mais qui implique de grands changements, voire des bouleversements, qui devront être compris et acceptés par l'ensemble des acteurs de l'établissement.

### **4.2.1 Une dynamique directoriale**

Les perspectives de changement dans une institution sont toujours une gageure, principalement en raison de la peur qu'elles inspirent. Elles peuvent parfois atteindre de



telles proportions qu'il est alors préférable de retirer purement et simplement le projet pour par exemple le représenter plus tard ou l'abandonner définitivement. Consciente qu'il vaut toujours mieux anticiper que subir, il me paraît important que la direction de l'établissement saisisse l'opportunité de la restructuration de l'EHPAD pour s'engager dans une dynamique partagée du changement. Dans cette démarche, le rôle du chef d'établissement est prépondérant pour que l'ensemble du personnel adhère au projet et aux objectifs fixés à l'institution dans le domaine de la restauration.

#### **A) Le rôle prépondérant du directeur**

Parmi les trois causes les plus fréquentes d'échec d'un projet, le cabinet Deloitte consulting retenait en 1998<sup>51</sup>, les résistances au changement pour 82%, l'engagement de la direction insuffisant pour 72%, des objectifs non réalistes pour 65%. La non implication du chef de l'établissement est donc la deuxième cause de l'échec d'un projet, la peur du changement en étant la première. Par ailleurs, selon le modèle de HERSEY et BLANCHARD<sup>52</sup>, il existe quatre grands types de management ; participatif, délégatif, persuasif, directif. Le mode directif est autoritaire « je décide, mes collaborateurs exécutent ». Le mode délégatif donne davantage d'initiatives, il est basé sur la confiance, mais présente un risque important, celui de l'absence de contrôle, voire de l'absence de guide. Dans ces conditions, il apparaît évident d'une part que le chef d'établissement devra s'impliquer personnellement dans le projet et d'autre part qu'il devra privilégier les modes participatifs et persuasifs, ceci afin de mobiliser l'ensemble de ses collaborateurs et du personnel et d'associer les différents acteurs à la démarche proposée. Le Directeur de l'établissement devra en premier lieu convaincre l'ensemble du personnel que la fonction restauration est une des images essentielles de l'institution. A l'instar des services d'urgences qui sont la vitrine des établissements hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), le service restauration doit être dans un EHPAD un pôle d'excellence. Sans dénaturer ou amoindrir les autres fonctions comme celles du soin, le chef d'établissement doit avoir l'intime conviction qu'un établissement qui accueille plus de trois cents personnes âgées dépendantes sur de très longs séjours, doit être en aptitude de proposer une restauration collective d'excellente qualité, et fonder sa politique marketing (puisqu'il existe une concurrence en la matière) sur cette prestation, qui devient dans son projet d'établissement EHPAD un des axes fondamentaux.

---

<sup>51</sup> CABINET DELLOITTE CONSULTING, *Démarche projet*, (visité le 4 juin 2012), disponible sur internet : <http://bounie.polytech-lille.net/gti/usine1-vp.pdf>

<sup>52</sup> HERSEY P., BLANCHARD K., *Les quatre modes de management*, (visité le 6 juin 2012), disponible sur internet : <http://www.ihn.fr>

## **B) La nécessité de promouvoir une dynamique interne**

Aristote affirmait que la persuasion doit s'appuyer sur trois éléments, la confiance, qui doit être acquise dès le lancement de la démarche, la logique, ce qui est présenté doit avoir du sens, l'émotion, les arguments avancés doivent toucher le côté émotionnel. Dans le cas d'espèce des ESG, il faudra convaincre tous les acteurs de l'établissement et en premier lieu les instances consultatives, CME, CTE, CHSCT), mais aussi le CS, les usagers et au-delà des murs de l'institution, les citoyens et les élus de la pertinence de l'opération. Une dynamique interne et externe doit se mettre progressivement en place afin que chacun puisse s'approprier le projet. Mais pour cela il est nécessaire d'être convaincu que la solution proposée est la meilleure réponse à la problématique posée. Aussi devra t-on, tout au long de la démarche s'efforcer d'expliquer clairement les raisons à l'origine du choix, être attentifs aux objections, en tenir compte si possible et ne pas hésiter si nécessaire soit à adapter le projet initial soit à explorer d'autres pistes. Convaincre de la nécessité de redonner à la restauration ses lettres de noblesse à l'intérieur des ESG ne devrait en principe pas poser de difficulté particulière puisque que, comme cela a été évoqué, la restauration aux ESG doit être revalorisée. La proposition d'une coopération sanitaire entre des établissements voisins, appuyée par l'ARS Lorraine devrait également recueillir l'assentiment des principaux acteurs, car elle s'inscrit dans une logique de coopération et d'efficience. Reste à convaincre du passage de la liaison chaude à la liaison froide, ce qui constitue certainement la partie la plus délicate, dans la mesure où de nombreuses personnes restent attachées à ce mode de production. Pour ce faire, je propose la mise en place d'une démarche projet s'appuyant sur une méthodologie bien connue des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui pourrait être entreprise en interne ou confiée à une société extérieure, l'inconvénient de la deuxième hypothèse étant le prix à payer pour cette prestation. En tout état de cause, la démarche projet s'appuie sur une organisation mise en place au cours des phases de démarrage, d'exécution et d'évaluation du projet.

### **4.2.2 Démarche projet pour piloter l'externalisation de la fonction restauration**

Selon Jean Pierre BOUTINET, on peut donner deux sens au mot projet, c'est « la situation que l'on pense atteindre » et c'est « un plan, une ébauche un dessein »<sup>53</sup>. Transposée à la problématique des ESG, cette définition amène à poser une question essentielle, celle de l'objectif souhaité. En d'autres termes, que veut-on pour la restauration à GORZE dans les dix années à venir ? Or, le fait que les ESG soient contraints de construire un nouveau bâtiment à quelques kilomètres du site central, oblige à cette réflexion. La méthodologie à privilégier selon moi consiste dans un premier temps à réunir l'ensemble du personnel

---

<sup>53</sup> BOUTINET J.P., 1999, *Psychologie des conduites à projet*, Collection *Que sais-je ?*, Paris, PUF, p 5, p 49-53, p 105-108, p 164

médical, soignant, technique, ouvrier, afin de présenter le projet de restructuration de l'EHPAD, son coût, son incidence sur les prix de journée, ses conséquences organisationnelles et de constituer dans un deuxième temps un COPIL destiné à anticiper la nouvelle organisation induite par cette restructuration. Dès cette première réunion, les objectifs et les enjeux devront être clairement identifiés : pourquoi un nouvel EHPAD ? Quelles conséquences sur l'organisation et le fonctionnement des services de soins mais aussi des services logistiques dont celui de la restauration ? Lors de cette réunion, laquelle devra nécessairement être suivie par d'autres, il conviendra de bien s'assurer de la présence de tous et de la compréhension par tous, des enjeux liés à ce projet. Il faudra aussi, très rapidement, repérer les « pro », les « anti », les « indécis » et en établir une cartographie. Ceci, non pas dans un but de contrôle, mais pour rallier le maximum de personnes à la solution proposée. La problématique de la restauration ne devrait pas, à ce niveau, être présentée comme une préoccupation centrale mais comme une des conséquences liées à la restructuration de l'EHPAD, une conséquence majeure dans la mesure où elle concerne une prestation essentielle aux yeux des usagers et des familles. Cependant, si d'emblée une opposition radicale, majoritaire ou provenant des principaux intéressés que sont les personnels de la cuisine, venait à s'exprimer, il conviendrait d'adopter une stratégie différente, voire de proposer une solution intermédiaire. En tout état de cause, la création d'un COPIL et la désignation d'un chef de projet sont incontournables sachant que l'adhésion de tous est l'objectif majeur à atteindre.

#### **A) La phase de démarrage : constitution d'un COPIL et désignation d'un chef de projet**

Toute démarche projet implique une organisation et une gestion du projet en amont, au cours de la réalisation du projet et au niveau de son évaluation. Appliquée aux ESG, il s'agira avant tout de bien définir en quoi consiste le projet et pourquoi il nécessite une implication de l'ensemble du personnel. Ainsi, pourrait-on retenir comme thème de travail « les enjeux et les conséquences liées à la restructuration de l'EHPAD de Gorze » Compte tenu de son envergure, la constitution d'un COPIL du projet s'avère incontournable. En feront nécessairement partie le chef d'établissement et les membres de la direction, les Présidents des CA et de CS de la structure, un ou plusieurs représentants des usagers siégeant dans les deux conseils, un ou plusieurs représentants des résidents et des familles, un ou plusieurs représentants des organisations syndicales et bien entendu un ou plusieurs représentants des personnels de la cuisine. Le COPIL aura pour première mission de désigner un chef de projet qui assurera la coordination des groupes de travail et sera le référent de l'opération. Il doit si possible être désigné en fonction de ses compétences techniques mais aussi et surtout de son aptitude à l'écoute et au compromis. C'est au chef de projet qu'il revient de rendre

compte de l'état d'avancement des travaux et d'assurer une synthèse à chaque étape d'avancement du projet. Pour atteindre les objectifs fixés, une méthodologie doit être retenue ainsi qu'un plan d'actions et un calendrier des différentes étapes.

#### **B) Une méthodologie basée sur la définition d'un plan d'actions et d'un calendrier pour sa mise en œuvre**

Des groupes de travail constitués sur la base du volontariat et si possible pluridisciplinaires devront analyser les différentes conséquences de la restructuration de l'EHPAD. Pourront ainsi être envisagés : un groupe de travail sur les conséquences en termes d'effectifs et de plannings, un groupe de travail sur les conséquences au niveau des usagers, un groupe de travail sur les incidences financières du projet, un groupe de travail sur l'organisation à mettre en place au niveau des soins dans la nouvelle structure et un groupe de travail sur la fonction restauration.

Chaque groupe se verra assigner une mission et au final, une synthèse des avantages et des inconvénients de chaque formule sera présentée au COPIL dont le rôle sera de faire des propositions à la direction et aux CA et CS qui pourront alors se déterminer en toute connaissance de cause. S'agissant du groupe de travail relatif à la fonction restauration, outre la présentation des avantages et inconvénients liés aux différentes options, des visites sur des sites ayant retenu d'autres modes de production devront impérativement être envisagées ainsi que des conférences sur ce thème et la venue dans l'établissement de professionnels de la restauration collective. Un calendrier des réunions des groupes est impératif et ce, jusqu'à la phase de mise en œuvre. Préalablement à la phase de constitution de l'équipe projet, il conviendra de s'engager dans un plan de communication et de formation adapté.

#### **4.2.3 Un plan de communication adapté et un plan de formation ambitieux, fédérateur de tous les acteurs**

La communication est le liant entre tous les acteurs engagés dans une réflexion commune. Aussi, il convient de réussir cette phase essentielle de la démarche projet laquelle conditionne les étapes suivantes et en particulier la volonté des agents d'adhérer à la dynamique institutionnelle.

#### **A) Un plan de communication adapté**

La communication au sein d'un ESSMS, petit ou grand, fait l'objet de nombreuses critiques de la part des personnels. Certes, il existe des instances prévues à cet effet pour expliquer et débattre de la politique de la direction et pour présenter les différents projets ; projet d'établissement, projet médical, projet de soins ou les réorganisations de services, mais force est de constater que les agents dans leur ensemble jugent insuffisante ou inexistante la communication interne. Dans un ouvrage intitulé « la communication

interne »<sup>54</sup>, Jean Marc DECAUDIN rappelle que « la communication interne est au cœur des préoccupations managériales de l'entreprise et constitue une dimension essentielle de la stratégie des organisations ». Plusieurs questions se posent quant à la communication. En premier lieu, à la question « faut-il tout dire à tout le monde? », l'auteur répond qu'il ne faut pas dire les choses de la même manière. Il convient de segmenter la cible. Le discours devra être différencié en fonction du positionnement hiérarchique (cadre, non cadre), de l'âge ou de la génération. Il sera aussi pertinent de différencier les personnels les plus concernés par le projet et de leur présenter des solutions qui soient de nature à répondre à leurs craintes, à leurs angoisses. En l'espèce, il paraît évident par exemple qu'il conviendra d'être particulièrement attentif aux préoccupations des agents de la cuisine, qui ne sont pas celles des autres professionnels. En second lieu, à la question « que dire ? », il convient d'opter pour un type de message adapté, et plutôt que de justifier le choix proposé par des arguments économiques et financiers, c'est-à-dire de rationaliser son discours, sera-t-il préférable de jouer plutôt sur l'affectif en personnalisant son message, ce qui ne devrait pas poser de difficulté avec un effectif de huit personnes. Il sera nécessaire d'organiser un entretien personnalisé avec chaque agent de la cuisine ainsi qu'avec les personnes affectées à la distribution des repas dans les services. Par ailleurs, l'organisation de réunions ciblées sur le thème du projet relatif à l'optimisation de la restauration dans le cadre de la restructuration de l'EHPAD devrait aider l'ensemble des acteurs à comprendre toutes les composantes de ce projet. Enfin, en troisième lieu, à la question « comment faire passer son message ? », l'auteur distingue trois grandes techniques de communication, la première est celle de la communication directe avec chaque personnel, la seconde est médiatique (intranet, journal interne) et la troisième événementielle, sous forme par exemple de séminaires, de conférences, de visites (il sera impératif par exemple de prévoir des visites sur des unités de production alimentaire en liaison froide). Pour ce qui concerne le projet des ESG, il me semble que la direction devra utilement recourir à chacune de ces méthodes, selon un calendrier à définir.

A cette communication interne, indispensable, pourra être associée une communication par voie de presse ou télévisée. La campagne de communication devra être évaluée afin de savoir, auprès des personnels, si elle a bien été comprise et appréciée. En l'absence de responsable de communication aux ESG, je suggère que le plan de communication soit réalisé par un prestataire professionnel. En plus de ce plan de communication, il conviendra de prévoir un programme de formation pluriannuel à l'attention de tous les personnels.

---

<sup>54</sup> DECAUDIN J.M., 2009, *La communication interne – Stratégie et techniques*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : DUNOD

## **B) Un plan de formation ambitieux**

Le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) des ESG, document budgétaire annexe de l'Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses (EPRD) devra inscrire les dépenses liées à la formation du personnel en donnant la priorité aux formations sur l'hygiène et la sécurité alimentaire, sur l'HACCP et sur le service à table au cours de la période préparatoire à la restructuration de l'EHPAD (2013-2017), puis le moment venu, et à condition que les instances se soient prononcées en faveur de la restauration concédée au GCS régional, au process de liaison froide. Un des avantages pour les ESG à intégrer un GCS sera de bénéficier d'une formation mutualisée. A terme, toutes les dépenses de formation liées à la restauration (et comme nous l'avons vu, les dépenses des personnels affectés à la nouvelle structure) seront prises en charge par le budget du GCS et non plus par celui des ESG. L'adhésion au GCS contribuera par conséquent à rééquilibrer les comptes de l'établissement, actuellement déficitaires. Outre la formation au métier proprement dit, le plan devra prévoir, pour ceux des personnels qui le souhaitent, des formations à l'adaptation à l'emploi en cas de reconversion professionnelle. Pour résumer, le plan de formation sera un puissant levier aux mains de la direction pour non seulement répondre aux impératifs individuels mais aussi et surtout pour fédérer l'ensemble des acteurs dans un projet commun, reconnu et accepté par tous.

## Conclusion

Le présent mémoire a démontré que les ESG devront très rapidement se positionner sur un type de process en restauration, du fait de la restructuration prochaine d'un EHPAD de cent lits sur un site annexe. Soit, ils conservent le système actuel basé sur la liaison chaude mais cela les engage dans un projet de réorganisation de la cuisine, du transport et de la distribution avec les contraintes fortes liées à l'HACCP, et un coût de repas plus onéreux, soit ils s'engagent dans une nouvelle voie, celle de la liaison froide sous traitée, en tant que futur membre d'un GCS « alimentaire ». En outre, ils devront tenir compte du fait que la qualité en restauration a un coût. Les ESG pourront-ils à la fois financer un projet d'investissement (EHPAD) dont l'impact sur le prix de journée hébergement est très important (+18%) et maintenir le système actuel de restauration ? Ce dernier, comme nous l'avons vu, ne générerait aucune économie mais se traduirait par des surcoûts d'exploitation non négligeables. La mise en conformité avec le Décret du 31 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans les établissements sociaux et médico-sociaux présentera, à cet effet, une difficulté majeure. Dans ces conditions peu favorables, les ESG pourront-ils maintenir une restauration en autogestion ?

Je ne le pense pas et c'est pourquoi, à titre personnel, il m'est apparu évident, en raison des nombreux avantages que présente une coopération dans le domaine alimentaire, qu'une prestation externalisée dans le cadre d'une coopération avec les autres établissements sanitaires et médico-sociaux de la région, était la plus adaptée à la situation des ESG.

Ce choix n'est bien entendu pas le plus simple à mettre en œuvre dans la mesure où il va se heurter à des oppositions fortes, parce que le changement est toujours difficile à accepter et parce que le futur est toujours incertain. Toute la difficulté consistera à convaincre la majorité des acteurs d'adhérer à ce projet particulièrement novateur et restructurant. Je souhaite modestement que le présent mémoire puisse contribuer à éclairer les décideurs sur le choix le plus pertinent à retenir, sachant que l'objectif poursuivi tout au long de cette étude a été de démontrer, l'importance capitale que doit revêtir la restauration pour les personnes âgées qui ont choisi de venir terminer leurs jours dans un établissement adapté à leur état de santé.

---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

#### - Textes communautaires

CONSEIL EUROPEEN, Règlement (CE) n°178/2002 du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires, J.O.U.E du 01 février 2002, L31.

CONSEIL EUROPEEN, Règlement (CE) n°852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, J.O.U.E du 30 avril 2004, L139.

#### - Textes nationaux

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O n° 2 du 3 janvier 2002, Texte n°2, p 124.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, J.O n° 0167 du 22 juillet 2009, p 12184.

MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION, DE LA PECHE, DE LA RURALITE ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux. J.O. n° 26 du 31 janvier 2012, texte n° 52, p 1808.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD. J.O. n° 98 du 27 avril 1999, p 6223.

LA DIRECTION GENERALE DE L'ALIMENTATION , Arrêté du 4 juin 2012 modifiant l'arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément sanitaire des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale. J.O. n°135 du 12 juin 2012, p 9909.



MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. J.O n° 247 du 23 octobre 1997, p 15437.

MINISTERE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, Arrêté du 21 décembre 2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant. J.O. n° 303 du 31 décembre 2009, Texte n° 241, p 23335.

### **Ouvrages :**

BAUDURET J.F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, 2<sup>e</sup> édition, Saint-Jean de Braye : DUNOD : 339 p.

BOUTINET J.P., 1999, *Psychologie des conduites à projet*, Collection Que sais je, Paris : PUF- 126 p.

COSSON C., 2002, *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, 239 p.

CPRC, 1998, *Démarche HACCP en restauration*, Clichy : Editions BPI, 72 p.

DECAUDIN J.M., IGALENS J., 2009, *La communication interne – Stratégie et techniques*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : DUNOD : 215 p.

FERLAND G., 2007, *Alimentation et vieillissement*, 2<sup>e</sup> édition, Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 347 p.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 2010, *Alimentation/Nutrition*, Paris : Fondation nationale de gérontologie, 254 p.

GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 2010, *Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses*, Paris : Fondation nationale de gérontologie, 248 p.

RIO C, JEANNIER C., LEJEUNE H. et al. 2011, *Alimentation et Alzheimer- s'adapter au quotidien*, Rennes : Presse de l'EHESP, 157 p.

### **Articles (de périodiques) :**

AMIGON WATERLOT S., mai-juin 2011, « Prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des personnes âgées en institution », *Techniques Hospitalières*, n° 727, pp 28-32.

COMMELIN E., janvier-février 2008, « Logistique de restauration et choix des chariots », *Techniques Hospitalières*, n° 707, pp 67-70.

DARNAUD T., novembre 2009, « L'alimentation mixée des personnes âgées vulnérables en institution, une réelle maltraitance ? », *La revue de Gériatrie*, n° 9, tome 34, pp 761-764.

DUMONT A., janvier 2012, « Les ingrédients d'une restauration de qualité », *EHPAD Magazine*, n° 01, pp 18-19.

DURAND A., décembre 2011, « La restauration concédée en EHPAD, un contexte réglementaire contraignant », « Cuisine traditionnelle sur mesure », « Sociétés de restauration en EHPAD, sur quels critères les choisir ? », *Géroscope*, n° 15, pp 12-16.

FONFREIDE V., mars 2012, « Dénutrition de la personne âgée – un fléau pour la qualité de la vie, un coût pour la société », *ACEHF Magazine*, n°1, pp 9-16.

FOREST M.I., MALACRIDA R., CONSTANS T., et al. Avril 1998 « Ethique clinique et alimentation des personnes âgées », *La revue de Gériatrie*, tome 23, n° 4, 351-354.

GIRARD D., mai-juin 2008, « Qualité de l'alimentation et alimentation de qualité dans les centres hospitaliers », *Techniques Hospitalières*, n° 709, pp 81-85.

HERCBERG S., septembre-octobre 2007, « Les nouvelles stratégies du PNNS2 », *Contact Santé – Revue de promotion de la santé*, n° 223, pp 20-22.

LEFRANCOIS P., décembre 2011, « Restauration interne mais gestion accompagnée », *Géroscope*, n° 15, p 17.

REYNAUD C., décembre 2011, « Une nouvelle cuisine pour mille et un repas dans l'Ain », *Collectivité*, n° 249, 26-27.

SEVAN G., janvier 2012, « Santé bucco-dentaire : il y a urgence », *EHPAD Magazine*, n° 01, pp 21-22.

TREBAUL L., mars 2012, « La liaison froide et la liaison chaude pendant le transport et les transferts entre services », *Collectivité*, n°251, pp. 44-45.

TRONCHON P., COMMELIN E., mai-juin 2012, « Améliorer l'offre de restauration et la prise en charge nutritionnelle », *Techniques Hospitalières*, n° 733, pp 72-73.

VILFROY M., janvier-février 2007, « Alimentation nutrition à l'hôpital, ce que manger veut dire », *Techniques Hospitalières*, n° 701, pp 60-64.

### **Rapports :**

ARS DELEGATION TERRITORIALE DES YVELINES, mars 2011, *Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*, Paris, 77 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 15 décembre 2005, *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*, n°53, Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 24 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 19 août 2009, *Enquête – Les résidents en EHPA*, Paris, 699 p.

GROUPE MONTAIGNE, décembre 2010, *Marché d'étude pour la restructuration de la maison de retraite de Gorze – Note de synthèse*, Paris, 11 p.

GROUPE PRIVE D'ETUDES ECONOMIQUES XERFI, novembre 2011 – *Etude sur la restauration collective*, Paris, 220 p.

HAS, avril 2007, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, recommandations professionnelles*, Paris, HAS, 158 p. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

HAS, Janvier 2008, *Stratégie de la prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, évaluation et amélioration des pratiques*, Paris, HAS, 138 p. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

HEMON D., JOUGLA E., septembre 2003, *Rapport d'étape INSERM - estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques*, Paris, La documentation française, 76 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, avril 2010, *Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, Tome 1, Paris, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, IGAS, 152 p.

LA COUR DES COMPTES, septembre 2011, *La sécurité sociale*, Paris, La documentation française, 547 p.

MEAH, mai 2008, *Comité de liaison en alimentation et nutrition – Mettre en place un CLAN*, Paris, Berger-Levrault, 94 p. [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

### **Mémoires :**

DURAND G., 2009, *L'institution face au changement : la conduite d'un projet de restauration mutualisée entre les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny. Stratégie et moyens d'action des directions* : Mémoire de fin d'étude : EHESP Rennes, 51 p.

GARCIA C., 2009, *L'alimentation : un support d'amélioration de la qualité de vie du résident en EHPAD*, Mémoire de fin d'étude : EHESP Rennes, 55 p.

LEBORGNE G., 2008, *Concéder la fonction restauration en EHPAD* – Mémoire de fin d'étude : EHESP Rennes, 56 p.

RABAULT I., 2008, *Comment mesurer et améliorer l'état nutritionnel en EHPAD ? L'exemple du Morbihan* : Mémoire de fin d'étude : EHESP Rennes, 53 p.

### **Conférences :**

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, « Qualité et sécurité des soins » in FACULTE DE MEDECINE, Journée Performance, Nancy, 29 septembre 2011.

### **Sites Internet :**

ARS LORRAINE, *Le plan stratégique régional de santé – PSRS*, (visité le 27 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/>

ARS LORRAINE, *Le programme régional de gestion des risques - PRGR*, (visité le 27 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/>

ARS LORRAINE, *Le schéma régional d'organisation médico-sociale - SROMS*, (visité le 27 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/>

BASE D'ANGERS, *Contrôle de gestion : Base d'Angers – Les résultats de l'année 2009*, (visité le 10 avril 2012), disponible sur internet : <http://www.marta.free.fr/modules/news/articles.php>

CABINET DELLOITE CONSULTING, *Démarche projet*, (visité le 4 juin 2012), disponible sur internet : [http:// bounie.polytech-lille.net/gti/usine1-vp.pdf](http://bounie.polytech-lille.net/gti/usine1-vp.pdf)

HERCBERG S., *Etude Nutrinet-santé – Cohorte pour l'étude des relations nutrition-santé, des comportements alimentaires et de leurs déterminants*. (visité le 17 janvier 2012), disponible sur internet : <http://www.etude-nutrinet-sante.fr>

HERSEY P., BLANCHARD K., *Les quatre modes de management*, (visité le 6 juin 2012), disponible sur internet : <http://www.ihn.fr>

MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE, *Les coopérations territoriales : modalités d'accompagnement*, (visité le 14 mai 2012), disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/les-ccoperations-territoriales-modalites-d-accompagnement.html>

---

## Liste des annexes

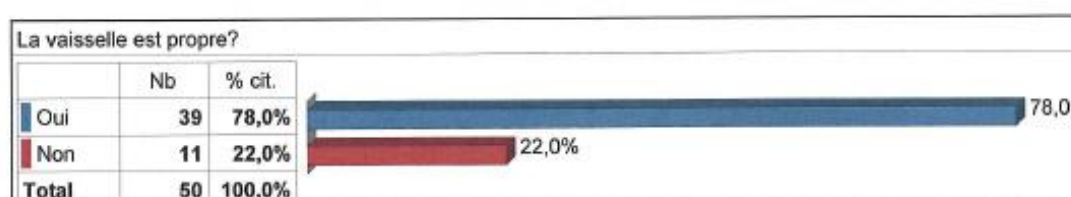
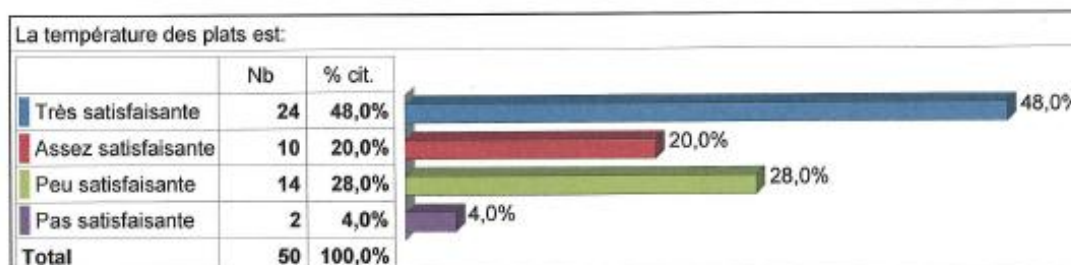
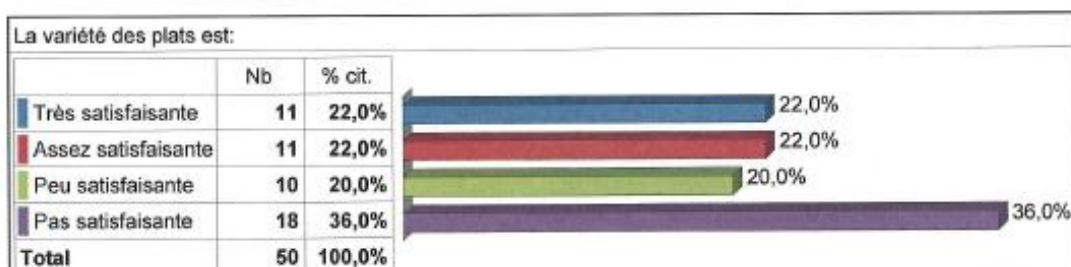
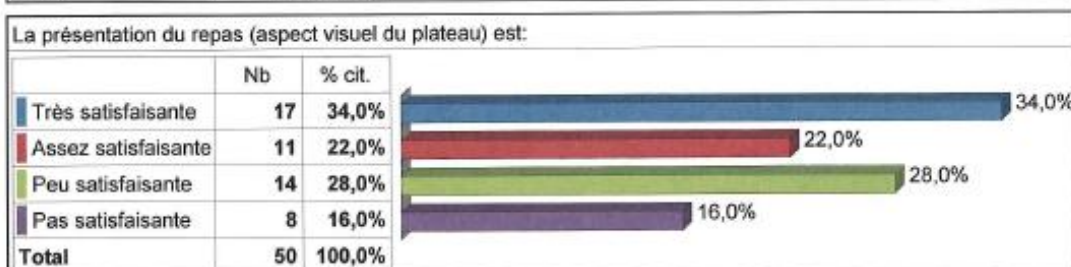
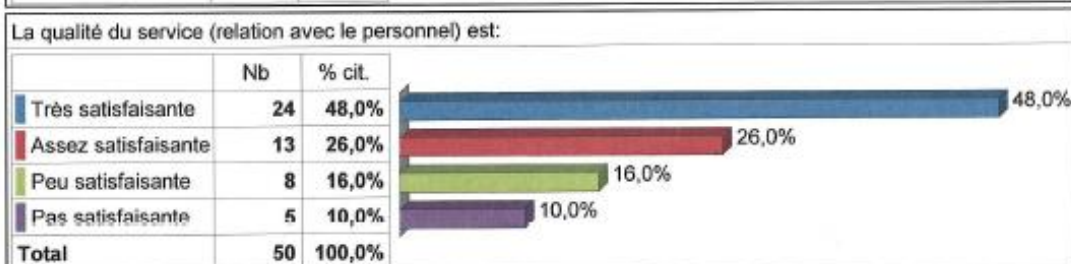
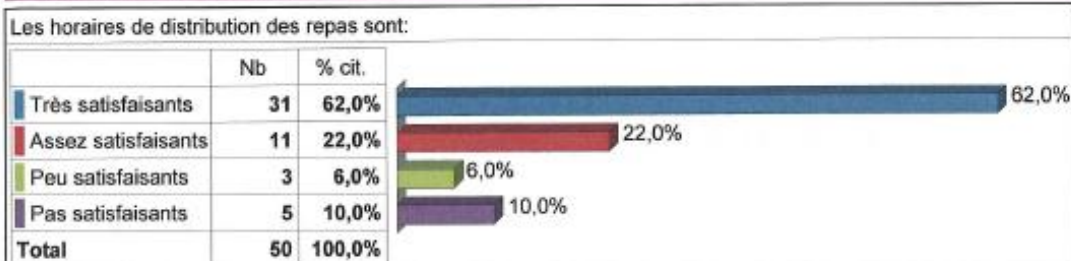
---

- Annexe I** : Résultat de l'enquête de satisfaction des usagers dans le domaine de la restauration
- Annexe II** : Coût du repas aux ESG – Exercice 2011
- Annexe III** : Prix de revient du repas aux ESG intégrant l'activité vaisselle
- Annexe IV** : Prix de revient du repas dans le cadre du GCS
- Annexe V** : Optimisation du prix de revient du repas dans le cadre du GCS
- Annexe VI** : Comparaison des coûts de revient du repas selon la solution retenue

## ANNEXE I – Résultat de l'enquête de satisfaction des usagers dans le domaine de la restauration

50 observations  
Echantillon total

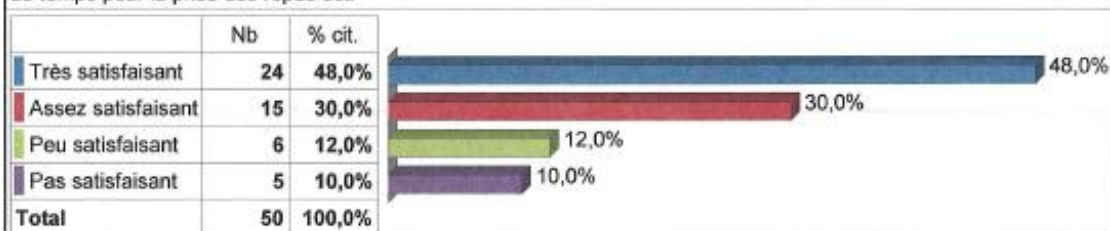
### I LA DISTRIBUTION DES REPAS



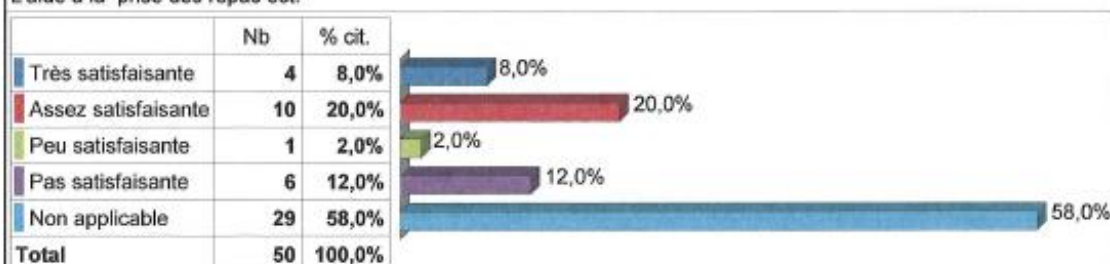
50 observations  
Echantillon total

## II LA PRISE DES REPAS

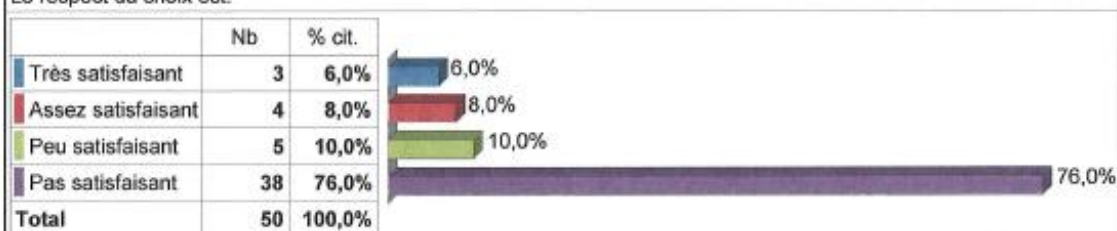
Le temps pour la prise des repas est:



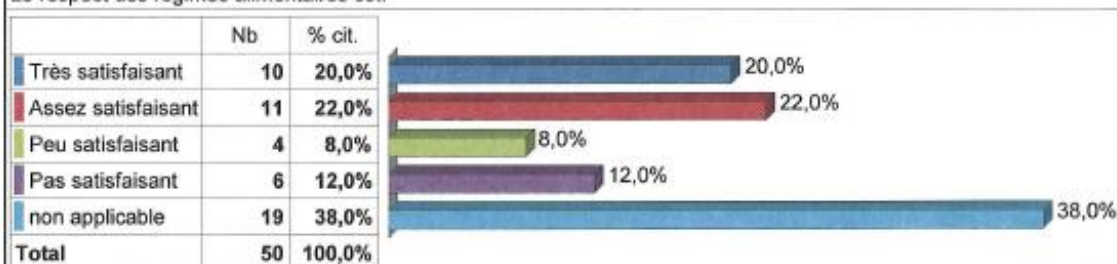
L'aide à la prise des repas est:



Le respect du choix est:

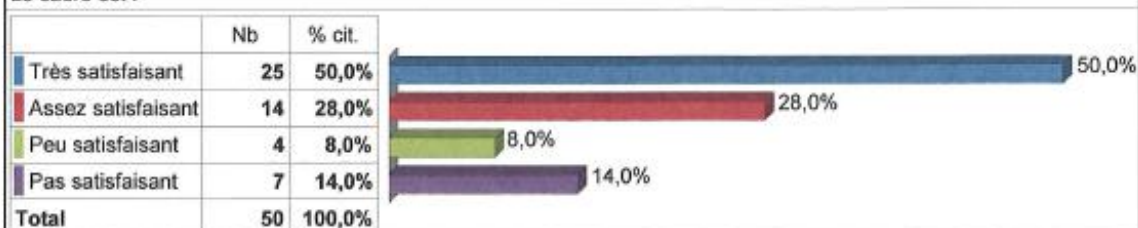


Le respect des régimes alimentaires est:



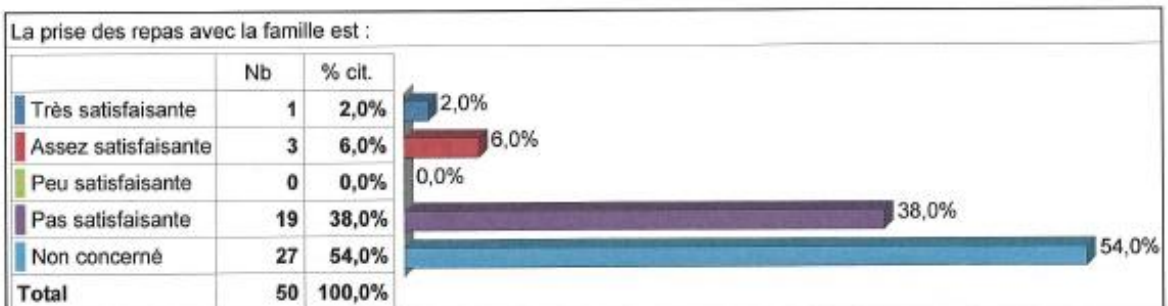
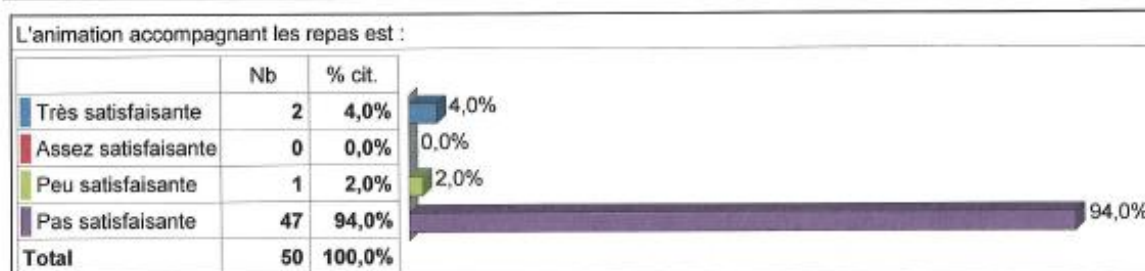
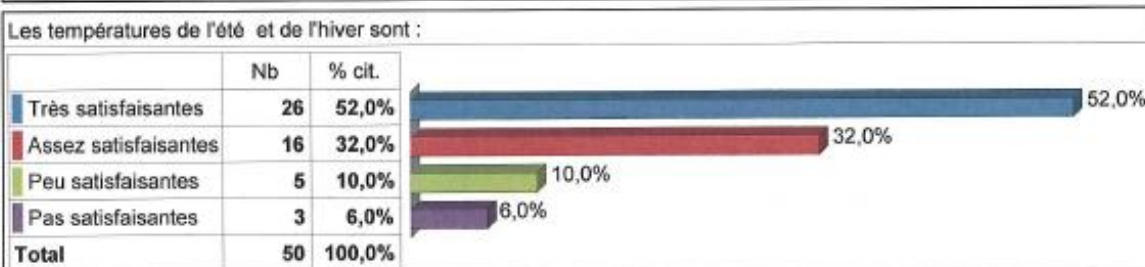
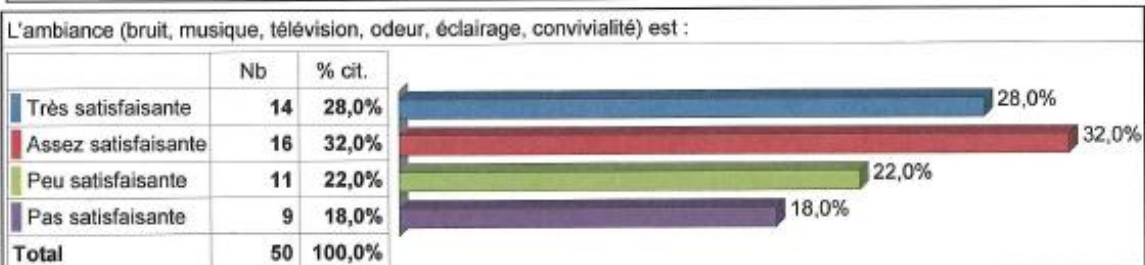
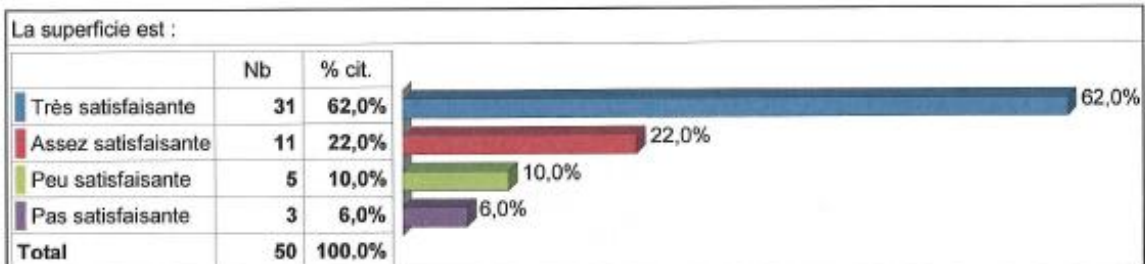
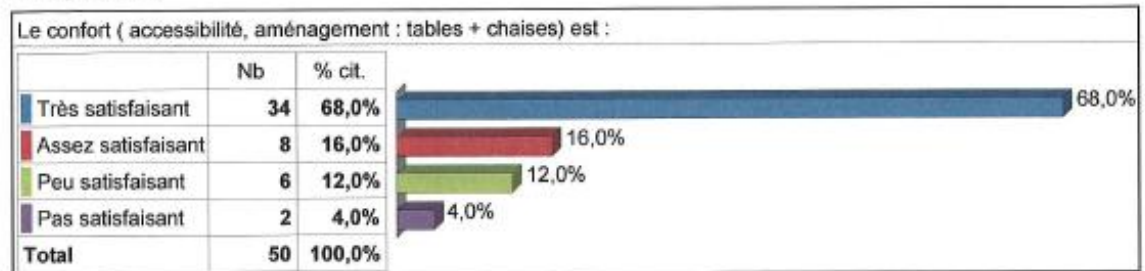
## LE REPAS CONSOMME EN SALLE A MANGER: L'aménagement de la salle à manger

Le cadre est :





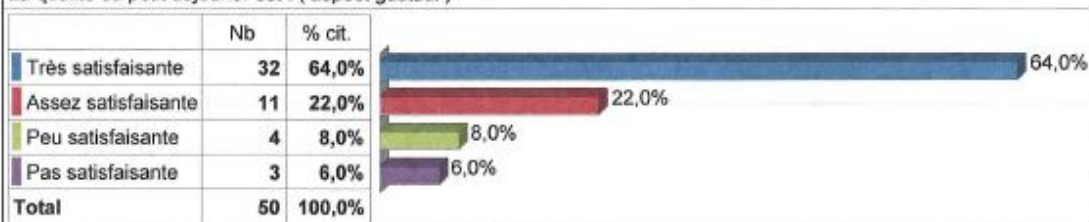
50 observations  
Echantillon total



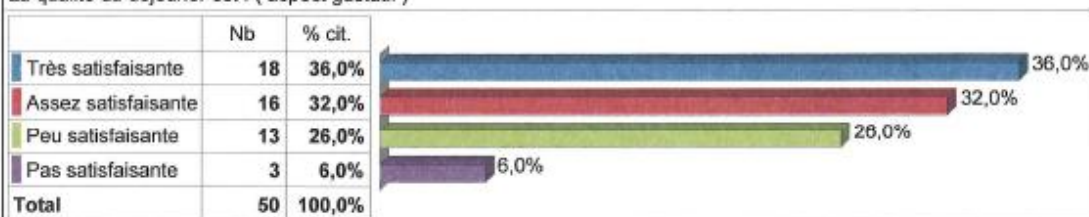
50 observations  
Echantillon total

### III LA QUALITE ET LA QUANTITE DES REPAS

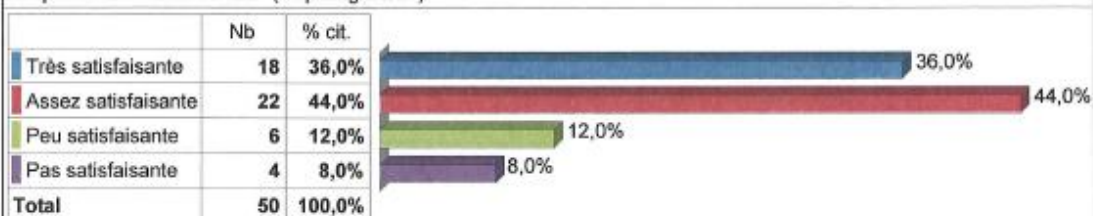
La qualité du petit déjeuner est : ( aspect gustatif )



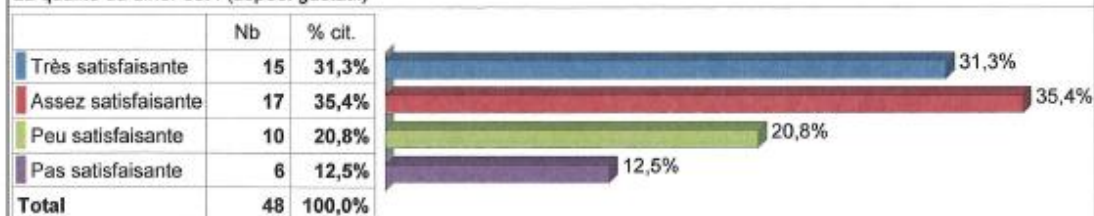
La qualité du déjeuner est : ( aspect gustatif )



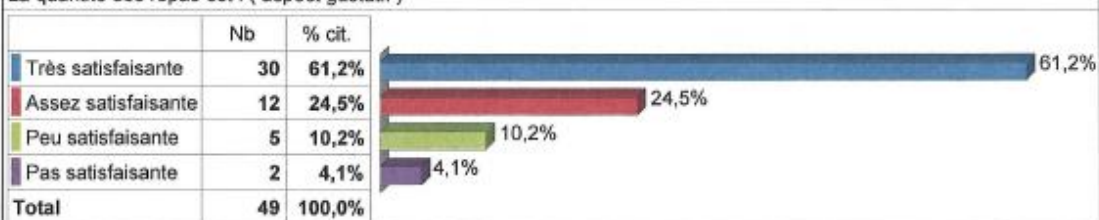
La qualité de la collation est : ( aspect gustatif )



La qualité du dîner est : (aspect gustatif)



La quantité des repas est : ( aspect gustatif )



Selon vous, l'équilibre alimentaire est-il respecté?



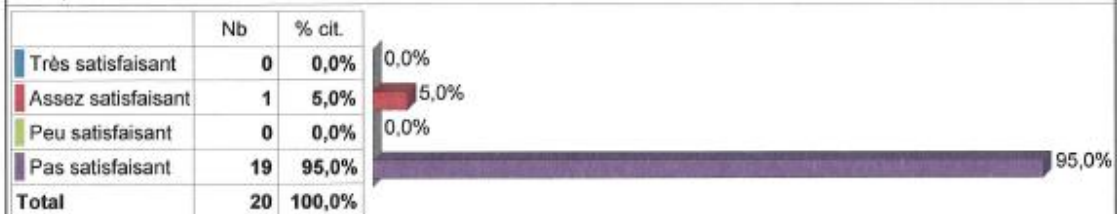
50 observations  
Echantillon total

## L'INFORMATION LIEE A LA RESTAURATION

L'échange avec les cuisiniers existe-t-il?



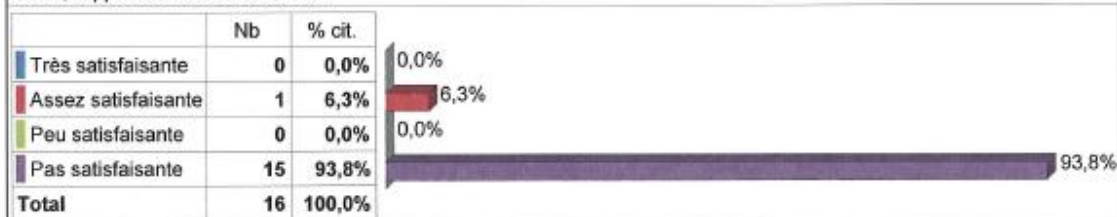
Si oui, il est :



Les suggestions des résidents sont prises en compte:



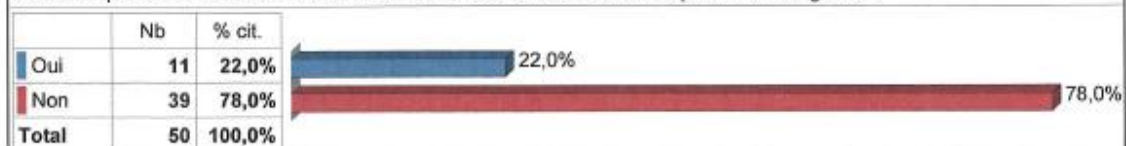
Si oui, l'application de celles-ci est :



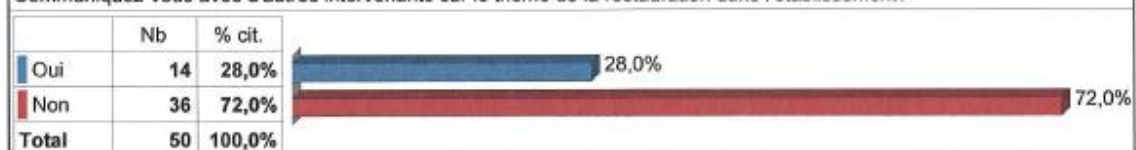
Connaissez-vous le référent restauration dans votre service?



Communiquez-vous suffisamment sur le thème de la restauration avec les personnels soignants?



Communiquez-vous avec d'autres intervenants sur le thème de la restauration dans l'établissement?



## Annexe II - Coût du repas aux ESG - exercice 2011

Postes de dépenses	Montant
Produits alimentaires ( <i>boissons comprises</i> )	550 000 €
Produits diététiques	443 €
Rémunération des personnels de la cuisine	320 401 €
Energie Electricité Eau Gaz	20 564 €
Matériel hôtelier	8 035 €
Habillement - Linge -	257 €
Blanchisserie	8 543 €
Formation	5 980 €
Produits d'entretien	7 196 €
Maintenance	20 866 €
Analyses microbiologiques	1 736 €
<b>Sous total dépenses directes</b>	<b>944 021 €</b>
Amortissement des équipements (5ans)	60 899 €
Intérêts des emprunts	11 503 €
<b>Total des dépenses affectées à la restauration</b>	<b>1 016 423 €</b>
<b>Nombre de repas fabriqués</b>	<b>222 352</b>
<b>Coût de revient d'un repas</b>	<b>4,57 €</b>

**Le prix de revient du repas aux ESG représente 6,51€ lorsque la fonction vaisselle est incluse dans le prix.**

## ANNEXE III – Prix de revient du repas aux ESG intégrant l'activité vaisselle

### Activité VAISSELLE

Tableau de synthèse des personnels

Nombre d'agents au service restauration	Correspondance en ETP annuel avec remplacements	Salaires, charges, indemnités, primes	coût salarial complet pour 1 ETP annuel	Nombre d'heures travaillées / ETP en repos fixe	Nombre d'heures travaillées / ETP en repos variable
9	9	320 400,00	35600	1575	1550

Allotissement et lavage centralisé	Nombre de jours travaillés par semaine	Nombre de poste	Nombre de jour travaillés par an	Nombre d'heure de travail par jour	Nombre d'heure de travail nécessaire pour les postes	Nombre d'heures travaillées / ETP	Rpct de l'agent	ETP NECESSAIRES
lavage	7	14	365	2,00	10 220	1575	oui	6,49
vaisselle								
patient								
<b>3 Allotissement et lavage c</b>								6,49

$35\ 600 \times 6,5 \text{ ETP} = 231\ 400 \text{ €/an}$

$1\ 016\ 423 + 231\ 400 = 1\ 247\ 823$

$1\ 291\ 823 / 222\ 352 = 5,61 \text{ €}$

## ANNEXE IV – PRIX DE REVIENT DU REPAS DANS LE CADRE DU GCS



### Impact sur le coût du repas global

Coût du repas fabriqué (avant allotissement)	Base 11000 r/j
Coût Denrées	2,10 €
Frais de personnels	0,80 €
Frais de fonctionnement	0,50 €
Frais logistique	0 €
Amortissement	
Travaux	0,20 €
Equipements	0,14 €
Frais financiers	0,21 €
<b>TOTAL</b>	<b>3,95 €</b>



## ANNEXE V – Optimisation du prix de revient du repas dans le cadre du GCS



### Impact sur le coût du repas global

#### Le coût peut s'optimiser

Un coût denrées inférieur à 1,80 € par repas est envisageable, même en restauration de type long séjour

L'amortissement du projet peut être réduit de 0,05 € par repas pour les clients livrés en vrac (10% des surfaces spécifiques au NHM)

Les frais logistiques pourront s'optimiser (0,05 €)

ainsi que les frais de fonctionnement (0,05 €)

#### Une hypothèse de descendre le coût du repas livré en vrac à 3,75 € est réaliste



## ANNEXE VI – Comparaison des coûts de revient du repas selon la solution retenue

Détail des postes de dépenses	Maintien autogestion	Concession (hypothèse de 3,75€ prix repas)	GCS (hypothèse de 3,75€ prix repas)	Commentaires
Produits alimentaires	550 000,00 €	0,00 €	0,00 €	
Coût de la prestation (achat des repas)	0,00 €	833 820,00 €	833 820,00 €	
Rémunération des personnels	320 401,00 €	320 401,00 €	0,00 €	En concession, la dépense de personnel est maintenue
énergie	20 564,00 €	0,00 €	0,00 €	
divers	47 076,00 €	0,00 €	0,00 €	
Amortis équipements	60 899,00 €	0,00 €	0,00 €	On retient l'hypothèse de la vente des équipements
intérêts des emprunts	11 503,00 €	11 503,00 €	11 503,00 €	Les intérêts de l'emprunt continuent à courir jusqu'à extinction
Formation des personnels	5 980,00 €			
ETP 1, 5 transport	40 000,00 €			
Amortissement équipements nouveaux	4 000,00 €			
<b>Total des dépenses restauration</b>	<b>1 060 423,00 €</b>	<b>1 165 724,00 €</b>	<b>845 323,00 €</b>	
nbre de repas	222 352	222 352	222 352	
<b>coût de revient du repas</b>	<b>4,77 €</b>	<b>5,24 €</b>	<b>3,80 €</b>	Globalement c'est la solution GCS qui coûtera moins cher aux ESG

Comparaison des coûts de repas entre les différents process -exercice 2011			
coût actuel	4,57 €		
coût futur	4,77 €	5,24 €	3,80 €
écart en valeur par rapport au coût actuel	0,20 €	0,67 €	-0,77 €
écart en % par rapport au coût actuel	4,38%	14,66%	-16,85%

Incidence budgétaire entre les trois solutions			
Dépense en année pleine actuelle	1 016 423,00 €		
Dépense en année pleine future	1 060 619,04 €	1 165 124,48 €	845 323,00 €
écart en valeur	44 196,04 €	148 701,48 €	-171 100,00 €



VUKASSE

Laure

Décembre 2012

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX  
ET MEDICO-SOCIAUX**

**OPTIMISER LA FONCTION RESTAURATION EN  
INSTITUTION, UN ENJEU MAJEUR DE LA  
RESTRUCTURATION D'UN EHPAD**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université PARIS DIDEROT – Paris 7

***Résumé :***

La restructuration d'un EHPAD peut-elle constituer une opportunité de repenser la fonction restauration dans son intégralité aux établissements de santé de Gorze (57) ? Telle est la question principale de ce mémoire qui, au travers d'une analyse critique de l'existant, du contexte local, des textes réglementaires et des principales options possibles, entend présenter une réponse innovante basée sur une coopération sanitaire et médico-sociale. Il résulte de cette étude que l'adhésion à un GCS alimentaire est la solution la mieux adaptée. Cette dernière consiste à redonner à la fonction restauration une nouvelle dimension sur le plan sécuritaire et qualitatif. Elle doit par ailleurs offrir une prestation hôtelière optimale. Cependant, cette démarche doit être acceptée par les résidents, les personnels, les instances, habitués depuis des années à une cuisine traditionnelle en liaison chaude. Pour accompagner ce changement, une nouvelle dynamique doit être impulsée sous le contrôle du directeur de l'établissement.

***Mots clés :***

GCS alimentaire, EHPAD, restauration, prestation hôtelière, restructuration, sécurité alimentaire, UCPA

*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.*