



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

**Prolégomènes à la lutte contre le
gaspillage alimentaire en
établissement public de santé**

Exemple du centre hospitalier Simone Veil de Cannes

Romain POIGNAND

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Yves Servant, chef d'établissement du centre hospitalier Simone Veil de Cannes, pour la confiance qu'il m'a accordée tout au long de mon stage de direction.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Géraldine Guillon-Noblet, directrice des moyens opérationnels et maître de stage attentive et à mon écoute au cours de ces huit mois de stage. Ses nombreux conseils m'ont permis de progresser au quotidien.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble de l'équipe de direction du centre hospitalier de Cannes, Madame Anne-Sophie Aubert, directrice des relations humaines, Madame Catherine Fernandez, directrice des soins, Madame Nathalie Ronzière, directrice de la clientèle, de la communication, du développement durable, de la recherche et en charge du secrétariat général, Monsieur Damien Dumont, directeur des affaires financières et du système d'information et Monsieur Guillaume Gobenceaux, directeur des affaires médicales, de la stratégie et des coopérations. J'ai apprécié tant leur accueil en début de stage que de pouvoir apprendre à leur côté au travers des différents dossiers que l'on m'a confiés. J'ai été honoré de pouvoir faire partie de cette équipe solidaire et dynamique.

Je souhaite également remercier Madame Pascale Saudrais, cadre diététicienne sans qui ce travail n'aurait pu exister. Son expertise technique et son investissement m'ont beaucoup aidé dans la compréhension du fonctionnement de l'alimentation au sein du centre hospitalier de Cannes.

J'exprime enfin ma reconnaissance à Monsieur Frédéric Maranski, adjoint à la directrice des moyens opérationnels. Il a su avec moi concilier rigueur, écoute, professionnalisme, et pédagogie. La transmission de ses expériences nombreuses et variées m'a beaucoup appris et nos échanges me nourriront tout au long de mon parcours professionnel.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIF CERTES PARTAGE, LA REDUCTION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE IMPLIQUE NEANMOINS UNE CONDUITE DE PROJET STRUCTUREE DU FAIT DU GRAND NOMBRE D'ACTEURS INTERVENANT LE LONG DE LA CHAINE ALIMENTAIRE.....	5
1.1 AU-DELA DES OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES, LA REDUCTION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE CONTRIBUE TANT A L'AMELIORATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL DES PATIENTS ET RESIDENTS QU'A LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DURABLE DE L'ETABLISSEMENT	5
1.1.1 <i>La réduction du gaspillage alimentaire fait l'objet d'une réglementation croissante justifiée par le volume important des pertes et gaspillages de la restauration collective en établissements de santé de santé.....</i>	<i>5</i>
1.1.2 <i>La réduction du gaspillage alimentaire présente non seulement des enjeux de santé publique mais également des enjeux économique, social et environnemental..</i>	<i>9</i>
1.1.3 <i>Objectif légitime et partagé, la réduction du gaspillage alimentaire constitue un projet créateur de sens favorable à la conduite projet</i>	<i>12</i>
1.2 LA CONDUITE D'UN PROJET DE REDUCTION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE NECESSITE UN TRAVAIL AVEC L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE LA CHAINE ALIMENTAIRE, CE QUI REND SA REALISATION COMPLEXE VOIRE INCERTAINE NOTAMMENT LORSQU'IL DEVIENT UN SUJET DE COOPERATION ENTRE ETABLISSEMENTS.....	15
1.2.1 <i>Le gaspillage alimentaire résulte de causes multiples impliquant l'ensemble des acteurs de la chaîne alimentaire.....</i>	<i>15</i>
1.2.2 <i>La présence d'un GCS à Cannes mutualisant la fonction restauration entre différents établissements de santé fait du gaspillage alimentaire un sujet de coopération</i>	<i>20</i>
1.2.3 <i>Le pilotage du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire est assuré par la direction des moyens opérationnels du centre hospitalier de Cannes</i>	<i>23</i>
2 LA STRUCTURATION PROGRESSIVE DU PROJET DE LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE CONSTITUE UNE CONDITION NECESSAIRE A SA REUSSITE SUR LE LONG TERME.....	25
2.1 UNE STRUCTURATION PROGRESSIVE EN INTERNE DE LA POLITIQUE DE REDUCTION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE PERMET D'ASSURER A L'HOPITAL DE CANNES UN LEADERSHIP TERRITORIAL SUR CETTE THEMATIQUE	25

2.1.1	<i>L'engagement des professionnels et l'implication de la direction ont fait du gaspillage alimentaire une thématique prioritaire pour l'établissement</i>	25
2.1.2	<i>L'instauration d'un nouveau tarif de la prestation alimentaire – impulsée par le centre hospitalier de Cannes – plus favorable au gaspillage alimentaire a permis d'enclencher la dimension territoriale du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire</i>	30
2.1.3	<i>Le centre hospitalier de Cannes est en mesure d'être force de proposition afin de renforcer la coopération territoriale en matière de gaspillage alimentaire</i>	32
2.2	UNE DEMARCHE PERENNE DE REDUCTION DU GASPILLAGE ALIMENTAIRE NECESSITERAIT D'EVITER CERTAINS ECUEILS TOUT EN ASSURANT UN PILOTAGE COHERENT, STRUCTURE ET DE LONG TERME	34
2.2.1	<i>La structuration interne et externe du projet « moins gaspiller pour mieux manger » devra, en accord avec les établissements partenaires, être approfondie à moyen terme</i>	34
2.2.2	<i>Au-delà de la structuration, la mise en place pérenne d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire implique d'éviter certains écueils dans la conduite du projet</i>	38
	CONCLUSION	41
	BIBLIOGRAPHIE	43
	LISTE DES ANNEXES	I
	<input type="checkbox"/> ANNEXE I. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU INTERVIEWEES DANS LE CADRE DU MEMOIRE II	I
	<input type="checkbox"/> ANNEXE II. SYNTHESE DES GUIDES DE BONNES PRATIQUES DE LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE III	I
	<input type="checkbox"/> ANNEXE III. PLAN D'ACTIONS DE LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE DU CENTRE HOSPITALIER DE CANNES IX	I
	<input type="checkbox"/> ANNEXE IV. COMPTE RENDU DE L'ENTRETIEN DU 18 MARS 2019 AVEC M PHILIPPE JULE, DIRECTEUR ADJOINT DE LA FONCTION RESTAURATION AUX HCL X	I
	<input type="checkbox"/> ANNEXE V. COMPTE RENDU DES ENTRETIENS DU 11 AVRIL 2019 AVEC DIFFERENTS INTERLOCUTEURS DU CENTRE HOSPITALIER HENRI DUFFAUT D'AVIGNON LE 11 AVRIL 2019 XIII	I

Liste des sigles utilisés

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

APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

AS : Aide-soignant(e)

CLAN : Comités de Liaison en Alimentation et Nutrition

DAOM : Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères

DLC : Date Limite de Conservation

DMO : Direction des Moyens Opérationnels

DS : Direction des Soins

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GCS : Groupe de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HCL : Hospices Civils de Lyon

IFAS : Instituts de Formation d'Aide-Soignant

IFSI : Instituts de Formation en Soins Infirmiers

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

RSE : Responsabilité Sociale d'Entreprises/Etablissement

SIH : Syndicat Intercommunal Hospitalier

UNIHA : Union des Hôpitaux pour les Achats

Introduction

Dans son discours de politique générale du mercredi 12 juin 2019, le Premier ministre Edouard Philippe a indiqué qu'une « *loi anti-gaspillage sera l'une des trois priorités de la rentrée parlementaire de septembre* ». Si cette annonce semble concerner les produits non alimentaires – « *tous les produits en plastique jetables seront bannis de l'administration à compter de l'année prochaine*¹ » – elle illustre néanmoins l'acuité de la thématique du gaspillage, dont celle plus particulièrement du gaspillage alimentaire.

Le gaspillage alimentaire se définit comme « *toute nourriture destinée à la consommation humaine qui, à une étape de la chaîne alimentaire, est perdue, jetée ou dégradée* »². Aussi, le gaspillage alimentaire ne se limite pas aux denrées non consommées mais touche l'ensemble de la chaîne alimentaire. Une étude de l'ADEME a ainsi pu estimer que le gaspillage se trouvait à chaque étape de la chaîne alimentaire : 4% de gaspillage serait lié au processus de production, 4,5 % à la transformation, 3,3% à la distribution et 7,3% à la consommation³. Aussi, lutter efficacement contre le gaspillage alimentaire implique, pour la mise en place d'une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire, de tenir compte de l'ensemble des acteurs intervenant le long de cette chaîne. Il convient de préciser qu'en plus de leur nombre, ces acteurs se caractérisent par leur grande diversité en termes de métiers : professionnels de cuisine (cuisinier, agent de restauration), transporteurs, professionnels de santé (personnel médical, diététicien, infirmier, aide-soignant, agent de bio nettoyage) et enfin une grande diversité de consommateurs (patient, résident, professionnel, étudiant). Au centre hospitalier de Cannes, une complexité supplémentaire intervient sur cette chaîne : l'existence d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) chargé de la production alimentaire pour plusieurs établissements publics de santé dont l'hôpital de Cannes. Dès lors la mise en place et la conduite d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire au centre hospitalier de Cannes n'est plus uniquement un projet interne : le gaspillage alimentaire devient un

¹ Article 28 de la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, JORF n°0253 du 1 novembre 2018 texte n° 1, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037547946&categorieLien=id> : la loi prévoit entre autres l'interdiction au plus tard le 1er janvier 2020 de la mise à disposition de *pailles, couverts, piques à steak, couvercles à verre jetables, plateaux-repas, pots à glace, saladiers, boîtes et bâtonnets mélangeurs pour boisson*.

² MINSITERE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION. Pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire, lancé par le secrétaire d'Etat Guillaume Garot le 14 juin 2013, disponible sur internet : <https://agriculture.gouv.fr/presentation-du-pacte-national-de-lutte-contre-le-gaspillage-alimentaire>

³ ADEME, 2016, *Pertes et gaspillages alimentaires : l'état des lieux et leur gestion par étapes de la chaîne alimentaire*, disponible sur internet : <https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/pertes-et-gaspillages-alimentaires-201605-rapport.pdf>

sujet stratégique de coopération territoriale entre établissements publics n'appartenant de surcroît pas au même groupement hospitalier de territoire (GHT).

Aussi, dans quelle mesure le directeur d'hôpital peut-il mettre en place une démarche pérenne de réduction du gaspillage alimentaire lorsque la production alimentaire est mutualisée entre établissements publics de santé dans le cadre d'un GCS ?

La réponse à cette question – a fortiori ce travail – se focalise sur les conditions qui rendent possible l'existence d'un tel projet dans le contexte du centre hospitalier de Cannes. Cette orientation explique le titre de ce mémoire : prolégomènes à la lutte contre le gaspillage alimentaire. Les prolégomènes renvoient à l'ensemble de notions préliminaires nécessaires à l'étude d'une science ou d'une question particulière⁴ c'est-à-dire aux conditions qui rendent possible l'existence d'une science ou d'une problématique. Les prolégomènes à la lutte contre le gaspillage alimentaire sont ainsi les conditions particulières et spécifiques qu'il a fallu réunir au centre hospitalier de Cannes pour permettre au projet « moins gaspiller pour mieux manger » de s'imposer à l'agenda territorial et d'avoir des chances certaines d'être mis en place. Ce mémoire propose ainsi des pistes de travail très opérationnelles (organigrammes, membres de groupes de travail) pour se structurer tant au niveau territorial qu'au niveau interne. Surtout, ce travail a été rédigé pour apporter au directeur d'hôpital certains leviers pour convaincre et fédérer autour d'un tel projet mais également pour le conduire efficacement. Puisque la lutte contre le gaspillage alimentaire répond à des enjeux multiples – nutritionnels, environnementaux, économiques – il constitue en effet un sujet fédérateur qui fait l'objet d'une réglementation récente encadrant de plus en plus étroitement tant l'approvisionnement que les déchets alimentaires.

Au-delà des prolégomènes, ce travail présente également des actions concrètes réalisées en interne au niveau de l'établissement. Celles-ci ont été synthétisées dans un document unique de pilotage, qui regroupe une soixantaine d'actions avec pour chacune un ou des pilotes identifiés et une échéance de réalisation.

En termes de méthodologie, ce travail s'appuie sur :

- Des entretiens semi-directifs avec des responsables de production, des ingénieurs restauration et des responsables RSE ;
- Des visites sur place de différentes cuisines de production ;
- L'observation de la distribution et de la consommation des repas dans le contexte du centre hospitalier de Cannes ;

⁴ Centre national des ressources textuelles et lexicales

- La participation à des conférences relatives à la thématique de l'alimentation en établissements publics de santé ;
- L'analyse documentaire relative au gaspillage alimentaire (guides pratiques, benchmark avec d'autres établissements) ;
- L'analyse, le suivi et le pilotage des dépenses d'alimentation du centre hospitalier de Cannes.

1 Objectif certes partagé, la réduction du gaspillage alimentaire implique néanmoins une conduite de projet structurée du fait du grand nombre d'acteurs intervenant le long de la chaîne alimentaire

1.1 Au-delà des obligations réglementaires, la réduction du gaspillage alimentaire contribue tant à l'amélioration de l'état nutritionnel des patients et résidents qu'à la politique de développement durable de l'établissement

1.1.1 *La réduction du gaspillage alimentaire fait l'objet d'une réglementation croissante justifiée par le volume important des pertes et gaspillages de la restauration collective en établissements de santé*

La restauration collective en établissements de santé et médico-sociaux représente le plus gros volume de pertes et gaspillages parmi tous les métiers de la restauration collective.

Différentes études le confirment :

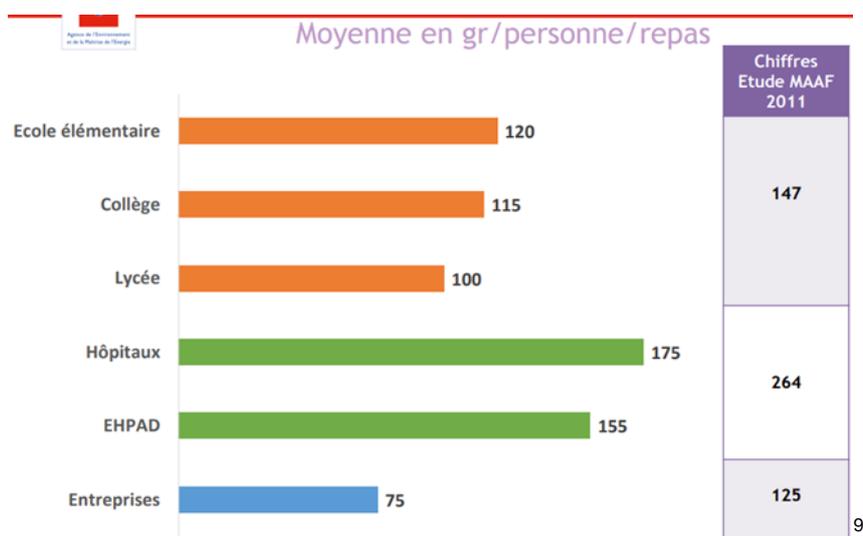
- La restauration collective en établissements de santé et médico-sociaux représentait en 2001⁵ en termes de pertes et gaspillages alimentaires, 264 g par personne et par repas ;
- Le gaspillage alimentaire demeure plus important en court séjour qu'en long séjour (362g par personne et par repas pour le court séjour 166 g par personne et par repas en moyenne pour le long séjour⁶) ;
- Des études réalisées entre 2015 et 2017⁷ font de la restauration collective en établissement de santé le secteur présentant le volume de pertes et gaspillages alimentaires le plus élevé (175 g par personne et par repas contre, 155g dans les EHPAD, 120g dans les écoles élémentaires et 75g dans les entreprises). Une étude plus récente de 2018⁸ confirme ce résultat (170g par convive et par repas contre 115 dans les établissements scolaires).

⁵ MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORET, 2011, *Pertes et gaspillages alimentaires, Marges de manœuvre et verrous au stade de la remise directe au consommateur (distribution et restauration) et en restauration collective*, disponible sur internet : file:///C:/Users/user/Downloads/pertes-gaspillages_rapport270112_cle02c35d.pdf

⁶ Ibid.

⁷ COLL, *Une alimentation saine dans le respect de l'environnement au sein des établissements de santé*, 1^{er} février 2018, Marseille

⁸ ADEME, 2018, *Le gaspillage alimentaire dans la restauration collective*, disponible sur internet : <https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/infographie-faits-chiffres-gaspillage-alimentaire-restauration-collective.pdf>



Moyenne du gaspillage alimentaire en gr/personne/repas

Les EHPAD de l'hôpital Simone Veil de Cannes connaissent des pertes et gaspillages alimentaires importants, qui se concentrent sur certaines catégories d'aliments.

Une évaluation des pertes et gaspillages alimentaires a été réalisée les 13, 14 et 15 mars 2018 sur le dîner au niveau des deux EHPADS (2^{ème} étage de l'EHPAD Isola Bella, salle à manger et patio de l'EHPAD Simone Veil). Cette évaluation a été réalisée par des diététiciennes, des responsables de l'unité relais cuisine et par le cadre de l'EHPAD Simone Veil. Les principaux résultats sont retranscrits dans le tableau suivant :

% de restes	Simone Veil	Isola Bella
Potage	36%	21%
Viande ou équivalent	48%	49,5%
Garnitures	70%	67%
Produits laitiers	40%	37%
Desserts	44%	46%
Pain	55%	76%

Cette étude a permis de mettre en évidence que les restes alimentaires provenaient principalement des denrées non distribuées plus que des restes lors du dérochage. De surcroît, l'évaluation montre que certaines catégories d'aliments constituent un important gaspillage : la garniture (légumes, féculents etc.), la viande ou équivalent et le pain. Ces observations confirment les constats réalisés par certaines études nationales¹⁰ :

- Deux catégories d'aliments représentent 60% des quantités perdues : les légumes et les viandes/poissons/œufs ;

⁹ Ibid.

¹⁰ ADEME, 2016, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, disponible sur internet : <https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2016/09/cout-complet-pertes-gaspillage-restauration-collective-rapport.pdf>

- Ces deux catégories d'aliments représentent près de 70% des coûts perdus. Par ailleurs, ces deux catégories d'aliments représentent la part la plus importante de l'impact environnemental en matière d'alimentation¹¹.

Le gaspillage alimentaire fait l'objet d'un encadrement réglementaire croissant.

Dans la première moitié des années 2010, différentes initiatives gouvernementales sont entreprises pour encadrer et diminuer le gaspillage alimentaire. Un objectif de diminution par deux du gaspillage alimentaire est fixé dès 2013 dans le cadre du pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire¹². En 2015, la charte « *mieux manger et moins jeter en EHPAD* » est adoptée¹³.

Au-delà des initiatives, deux lois viennent préciser les objectifs en matière de lutte contre le gaspillage alimentaire pour la restauration collective.

La loi du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte¹⁴ rend obligatoire la mise en place d'une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire. Dans son article 102, la loi dispose que « *L'Etat et ses établissements publics ainsi que les collectivités territoriales mettent en place, avant le 1er septembre 2016, une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire au sein des services de restauration collective dont ils assurent la gestion* ».

La loi du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire¹⁵ précise et hiérarchise les actions visant à réduire le gaspillage alimentaire : « *1° La prévention du gaspillage alimentaire ; 2° L'utilisation des invendus propres à la consommation humaine, par le don ou la transformation ; 3° La valorisation destinée à l'alimentation animale ; 4° L'utilisation à des fins de compost pour l'agriculture ou la valorisation énergétique, notamment par méthanisation* ».

¹¹ ADEME, 2016, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, disponible sur internet : <https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2016/09/cout-complet-pertes-gaspillage-restauration-collective-rapport.pdf>

¹² MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION. Pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire, lancé par le secrétaire d'Etat Guillaume Garot le 14 juin 2013, disponible sur internet : <https://agriculture.gouv.fr/presentation-du-pacte-national-de-lutte-contre-le-gaspillage-alimentaire>

¹³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Charte relative au « mieux manger et moins jeter en EHPAD », lancée par Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat en charge de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie, le 9 décembre 2015, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_mieux_manger_moins_jeter_en_ehpad.pdf

¹⁴ Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte, Journal officiel n°0189 du 18 août 2015 page 14263 texte n° 1, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031044385&categorieLien=id>

¹⁵ Loi n° 2016-138 du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire. Journal officiel n°0036 du 12 février 2016 texte n° 2, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032036289&categorieLien=id>

Des dispositions récentes à destination de la restauration collective publique renforcent les obligations en matière de lutte contre le gaspillage alimentaire et de qualité des produits.

La loi du 30 octobre 2018¹⁶ pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, impose aux établissements publics de santé dès janvier 2020 (ordonnances à venir au deuxième semestre 2019¹⁷) de :

- Réaliser un diagnostic préalable à la démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire ;
- Organiser des dons des restes alimentaires à des associations ;
- Rendre publics les engagements en faveur de la lutte contre le gaspillage alimentaire ;
- Informer une fois par an « *par voie d'affichage et par communication électronique, les usagers des restaurants collectifs dont elles ont la charge de la part des produits définis au I de l'article L. 230-5-1 entrant dans la composition des repas servis et des démarches qu'elles ont entreprises pour développer l'acquisition de produits issus du commerce équitable* »¹⁸.

Par ailleurs, le décret n° 2019-351 du 23 avril 2019 impose, avant le 1er janvier 2022, que les repas servis dans les restaurants collectifs dont les personnes morales de droit public ont la charge comprennent une part au moins égale, en valeur, à 50 % de produits répondant à l'une des conditions suivantes¹⁹ dont 20% issus de l'agriculture biologique.

¹⁶ La loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous. Journal officiel n°0253 du 1 novembre 2018 texte n° 1, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037547946&categorieLien=id>

¹⁷ CANITROT PN, « les évolutions réglementaires relatives à l'alimentation dans les établissements de santé », *L'alimentation responsable dans les établissements de santé et médico-sociaux*, 7 juin 2019, Centre hospitalier Henri Guérin Pierrefeu-du-Var

¹⁸ Article 24, loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous. Journal officiel n°0253 du 1 novembre 2018 texte n° 1, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037547946&categorieLien=id>

¹⁹ Art. L. 230-5-1. Du code rural et de la pêche maritime : « 1° Produits acquis selon des modalités prenant en compte les coûts imputés aux externalités environnementales liées au produit pendant son cycle de vie ;
« 2° Ou issus de l'agriculture biologique au sens du règlement (CE) n° 834/2007 du Conseil du 28 juin 2007 relatif à la production biologique et à l'étiquetage des produits biologiques et abrogeant le règlement (CEE) n° 2092/91, y compris les produits en conversion au sens de l'article 62 du règlement n° 889/2008 de la Commission du 5 septembre 2008 portant modalités d'application du règlement (CE) n° 834/2007 du Conseil relatif à la production biologique et à l'étiquetage des produits biologiques en ce qui concerne la production biologique, l'étiquetage et les contrôles ;
« 3° Ou bénéficiant d'autres signes ou mentions prévus à l'article L. 640-2 dont l'utilisation est subordonnée au respect de règles destinées à favoriser la qualité des produits ou la préservation de l'environnement ;
« 4° Ou bénéficiant de l'écolabel prévu à l'article L. 644-15 ;
« 5° Ou bénéficiant du symbole graphique prévu à l'article 21 du règlement (UE) n° 228/2013 du Parlement européen et du Conseil du 13 mars 2013 portant mesures spécifiques dans le domaine de l'agriculture en faveur des régions ultrapériphériques de l'Union et abrogeant le règlement (CE)

Ainsi, face au volume important de gaspillages et pertes alimentaires que connaît la restauration collective notamment en établissement public de santé, un nombre croissant de réglementations a été adopté pour limiter le gaspillage alimentaire.

1.1.2 *La réduction du gaspillage alimentaire présente non seulement des enjeux de santé publique mais également des enjeux économique, social et environnemental.*

La lutte contre le gaspillage alimentaire constitue un enjeu de santé publique.

Travailler à la diminution du gaspillage alimentaire permet également de travailler à l'amélioration de la nutrition des patients ou résidents. Un patient ou un résident est considéré comme dénutri lorsque son indice de masse corporelle est inférieur à 18,5 (21 au-delà de 75 ans)²⁰. En cas de dénutrition sévère, les complications infectieuses postopératoires augmentent de 10 à 20 % » et les complications « *non infectieuses de plus de 40%*²¹ ». Plus précisément, le professeur Luc Cynober lors de la séance thématique de l'Académie nationale de pharmacie relative à « la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge », estime « *qu'un malade dénutri a 4 fois plus de risque de faire une complication infectieuse qu'un malade normo-nutri, et que 10 à 20 % des malades atteints de cancer meurent des conséquences de leur dénutrition, pas de leur cancer* ».

La lutte contre le gaspillage alimentaire répond à des enjeux éthique et social.

Pour le patient et résident, l'alimentation ne peut se restreindre à sa dimension nutritionnelle. L'alimentation correspond en effet à un acte volontaire qui répond au besoin certes d'assurer une fonction vitale mais également de procurer du plaisir et de jouer un rôle social²². La nutrition et l'alimentation ne sont donc pas strictement synonymes. Alors que la première correspond à un besoin physiologique indispensable au bon fonctionnement de l'organisme, l'autre fait partie de l'accompagnement du patient « *ouvrant*

*n° 247/2006 du Conseil, et dont l'utilisation est subordonnée au respect de règles destinées à favoriser la qualité des produits ou la préservation de l'environnement ;
« 6° Ou, jusqu'au 31 décembre 2029, issus d'une exploitation ayant fait l'objet de la certification prévue à l'article L. 611-6 et satisfaisant à un niveau d'exigences environnementales au sens du même article L. 611-6 ;
« 7° Ou, à compter du 1er janvier 2030, issus des exploitations ayant fait l'objet du plus haut niveau de certification prévu à l'article L. 611-6 ;
« 8° Ou satisfaisant, au sens de l'article 43 de la directive 2014/24/ UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/ CE, de manière équivalente, aux exigences définies par ces signes, mentions, écolabel ou certification.*

²⁰ CANO N ET COLL, LA SOCIETE FRANCOPHONE DE NUTRITION ENTERALE ET PARENTERALE, Traité de nutrition artificielle de l'adulte, Paris : Springer, 2007

²¹ PR. CYNOBER L, « Introduction de la séance », *la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge*, 18 mars 2015, Académie Nationale de Pharmacie

²² MANCKOUNDIA P, PFITZENMEYER P, RAPIN C, « éthique et nutrition », *Cours dans le cadre du DIU de Soins Palliatifs et Accompagnement, 2009-2011*, Avril 2010, Nancy-Dijon

*un champ de créativité qui valorise le plaisir sensoriel quel que soit le stade d'évolution de la maladie*²³ ». Dans cette perspective, la charte « *Mieux manger, moins jeter en Ehpad* ²⁴ » fait du développement du plaisir du repas et du goût des aliments des objectifs structurants du « mieux manger ».

Si la dimension de plaisir est étroitement liée à la qualité de l'alimentation, l'enquête nationale I-SATIS de 2016 indique toutefois que la moitié des patients n'est pas satisfaite par la qualité des repas (satisfaction moyenne à mauvaise) et que plus de 40 % ne sont pas satisfaits de la variété des plats servis (satisfaction moyenne à mauvaise)²⁵.

Pour les professionnels de santé, la réduction du gaspillage alimentaire répond également à un enjeu éthique. L'évaluation des pertes et gaspillages alimentaires réalisée les 13, 14 et 15 mars 2018 sur le dîner au niveau des deux EHPAD du centre hospitalier de Cannes a mis en évidence la difficulté éthique à laquelle étaient confrontés les professionnels de santé face au gaspillage alimentaire. L'étude menée a souligné que la majorité du gaspillage alimentaire provenait non des restes du dérochage (restes sur les plateaux) mais des denrées non distribuées. Dans les faits, cela signifie que des barquettes multi-portions non désoperculées et non distribuées vont directement dans les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM). Dans de telles situations, il peut exister un réel malaise des professionnels de santé face à tant de gaspillage.

La réduction du gaspillage alimentaire contribue à la performance environnementale.

En moyenne, l'approche en coût complet réalisée pour le compte de l'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)²⁶ précise qu'un établissement de restauration collective produit 144 g de biodéchets par repas, dont 113 g de pertes et gaspillages alimentaires. Les pertes et gaspillages alimentaires représentent 78% des biodéchets, c'est-à-dire « *tout déchet non dangereux biodégradable de jardin ou de parc, tout déchet non dangereux alimentaire ou de cuisine issu notamment des ménages, des restaurants, des traiteurs ou des magasins de vente au détail, ainsi que tout déchet comparable provenant des établissements de production ou de transformation de denrées*

²³ CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 2017, *Alimentation en milieu hospitalier, avis 78, adopté à l'unanimité lors de la séance plénière du 4 juillet 2017*, disponible sur internet :

https://www.acadpharm.org/dos_public/Avis_78.pdf

²⁴ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Charte relative au « mieux manger et moins jeter en EHPAD », lancée par Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat en charge de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie, le 9 décembre 2015, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_mieux_manger_moins_jeter_en_ehpad.pdf

²⁵ CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 2017, *Alimentation en milieu hospitalier, avis 78, adopté à l'unanimité lors de la séance plénière du 4 juillet 2017*, disponible sur internet :

https://www.acadpharm.org/dos_public/Avis_78.pdf

²⁶ ADEME, 2016, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, disponible sur internet : <https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2016/09/cout-complet-pertes-gaspillage-restauration-collective-rapport.pdf>

*alimentaires*²⁷ ». Diminuer le gaspillage alimentaire réduit le volume de DAOM et contribue par ce biais à la baisse de l'impact environnemental.

Au centre hospitalier de Cannes en 2017, les DAOM représentaient 5570 m3 de déchets en volume. Si cette estimation nationale était appliquée au niveau de l'établissement, 4345 m2 de DAOM seraient des pertes et gaspillages alimentaires.

Le gaspillage alimentaire a un coût qui ne se limite pas à celui des denrées non consommées.

Des coûts directs autres que le prix des denrées doivent être évalués pour estimer le coût du gaspillage alimentaire²⁸. Il apparaît nécessaire, pour déterminer une approche en coûts complets de tenir compte du coût non seulement de la gestion des déchets mais également du transport et du stockage des aliments ainsi que du temps consacré à la préparation et à la remise en température des aliments (en cas de liaison froide). Différentes estimations ont été chiffrées pour établir le coût du gaspillage alimentaire : pour une maison de retraite de 30 résidents, le gaspillage peut être estimé à 3,2 tonnes par an, soit l'équivalent de 13 000 repas pour un coût de 19 000 €/an tandis que d'autres études ont calculé que les coûts induits par les pertes et gaspillages alimentaires représentent 15,6 % des coûts complets du repas²⁹.

A l'hôpital de Cannes, le coût de l'alimentation en 2017 et 2018 était respectivement de 3 592 897,02 euros et de 3 525 838,24 euros afin de délivrer en moyenne 1500 repas par jour.

Aussi, en fonction des coûts complets, une première estimation (fonction de l'unité d'œuvre qui est le coût d'un repas de 6,34 euros en 2017 et 2018 à l'hôpital de Cannes) donnerait un coût du gaspillage alimentaire de plus de 550 000 euros en 2018 et de plus de 560 000 euros en 2017 pour le centre hospitalier de Cannes.

Une autre estimation reposant notamment sur le coût des déchets établit que ces économies pourraient s'élever dès la première année à 238 300 euros.

²⁷ MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ENERGIE ET DE LA MER. Décret n° 2016-288 du 10 mars 2016 portant diverses dispositions d'adaptation et de simplification dans le domaine de la prévention et de la gestion des déchets. Journal officiel n°0061 du 12 mars 2016 texte n° 4, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032187830&categorieLien=id>

²⁸ ADEME, 2017, *Réduire le gaspillage en restauration collective*, disponible sur internet : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/reduire-gaspillage-alimentaire-enrestauration-collective_010256.pdf

²⁹ ADEME, 2016, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, disponible sur internet : <https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2016/09/cout-complet-pertes-gaspillage-restauration-collective-rapport.pdf>

Déchets (coût en euros)	2015	2016	2017	2018	Evol 18/16	Evo 18/17
DAOM - collecte et traitement (Ville de Cannes)	0,00	152 724,00	139 240,00	139 260,00	-8,82%	0,01%
DAOM - location conteneur,	0,00	3 768,00	3 354,00	3 428,88	-9,00%	2,23%
DAOM (conditionnement : sacs et autres)	34 968,00	35 399,00	35 380,00	35 112,00	-0,81%	-0,76%
DAOM Total: (comm d'agglomération Cannes Pays de Lérins)	34 968,00	191 891,00	177 974,00	177 800,88	-7,34%	-0,10%
TRI SELECTIF collecte et traitement (Ville de Cannes)	0,00	42 831,36	53 423,00	53 602,56	25,15%	0,34%
TRI SELECTIF location conteneur, (Ville de Cannes)	0,00	1 114,68	1 723,08	1 641,96	47,30%	-4,71%
TRI (conditionnement : sacs et autres)	596,63	2 034,37	3 276,00	5 445,36	167,67%	66,22%
TRI Total: (comm d'agglomération Cannes Pays de Lérins)	596,63	45 980,41	58 422,08	60 689,88	31,99%	3,88%
DASRI (mise à disposition bacs, collecte transport et traitement)	145 903,64	138 139,67	132 689,16	132 608,70	-4,00%	-0,06%
DASRI (conditionnement : sacs et autres)	64 453,00	81 556,00	73 352,00	78 389,64	-3,88%	6,87%
DASRI Total: (Société sud est assainissement véolia)	210 356,64	219 695,67	206 041,16	210 998,34	-3,96%	2,41%
PIECES ANATOMIQUES (transport Roblot (marché))	2 449,00	2 822,00	2 550,00	2 610,00	-7,51%	2,35%
CHIMIOThERAPIE et autres déchets chimiques (OREDU) (Véolia)	5 844,61	5 446,00	5 206,49	6 267,96	15,09%	20,39%
DECHETS INERTES GRAVATS (DIB) béton ; tuiles, briques ; vitrage)	9 733,28	6 750,00	6 416,10	6 931,72	2,69%	8,04%
PAPIERS CONFIDENTIELS	0,00	2 744,00	1 807,46	3 329,40	21,33%	84,20%
Total	263 948,16	475 329,08	458 417,29	468 628,18	-1,41%	2,23%

Au-delà des coûts directs, il existe d'importants coûts indirects liés à la dénutrition des patients et résidents. En Grande-Bretagne le coût de la dénutrition a été évalué à 13 milliards de livres par an³⁰. En France, la dénutrition entraînerait une majoration du coût d'une hospitalisation de plus de 1 000 €³¹. La dénutrition hospitalière entraîne en effet des coûts supplémentaires qui doivent être valorisés par un codage de la dénutrition lors du séjour. La HAS (Haute Autorité de Santé) a retenu comme critères : la perte de poids, l'IMC (Indice de Masse Corporelle), l'albuminémie et la transthyrétinémie³². Enfin, la dénutrition est à l'origine de dépenses nouvelles liées notamment aux compléments nutritionnels oraux afin de pallier le manque d'apport alimentaire. A l'hôpital de Cannes, le coût de ces compléments s'élevait à 80 261 euros en 2018.

1.1.3 Objectif légitime et partagé, la réduction du gaspillage alimentaire constitue un projet créateur de sens favorable à la conduite projet

De nombreux guides de bonnes pratiques permettent d'accompagner le directeur d'hôpital dans la conduite de projet de réduction du gaspillage alimentaire.

Un projet efficace de lutte contre le gaspillage alimentaire nécessite de travailler sur l'ensemble de la chaîne alimentaire. Le gaspillage alimentaire se trouve en effet tant au niveau de la production, que de la transformation, de la distribution et de la consommation alimentaires :

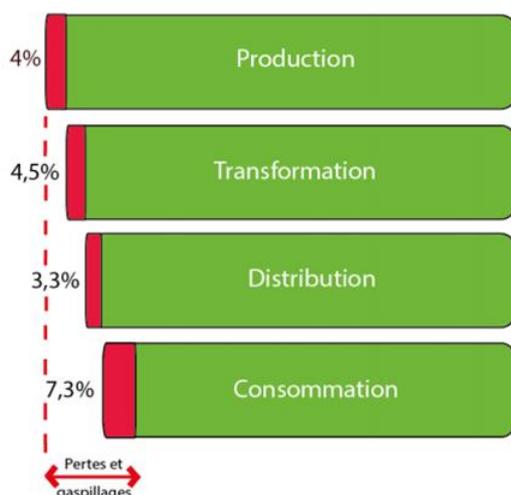
³⁰ THE ADVISORY GROUP ON MALNUTRITION, 2009, *Combating malnutrition: recommendations for action*, disponible sur internet : https://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/advisory_group_report.pdf

³¹ PR. CYNOBER L, « Introduction de la séance », *la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge*, 18 mars 2015, Académie Nationale de Pharmacie

³² DR AUSSEL C, « Introduction à la séance », *la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge*, 18 mars 2015, Académie Nationale de Pharmacie



Répartition du gaspillage alimentaire sur la chaîne alimentaire³³



Taux de pertes et gaspillages par type d'acteurs³⁴

Trois phases apparaissent indispensables à la réussite d'un projet de réduction du gaspillage alimentaire³⁵. La première phase consiste en la réalisation d'un diagnostic du gaspillage alimentaire afin de déterminer non seulement le volume et le coût du gaspillage mais également de déterminer où se situe le gaspillage alimentaire sur la chaîne de production. Cette étape repose sur la réalisation de pesée de restes et gaspillages. La deuxième phase est consacrée au travail sur les causes du gaspillage et la troisième sur la détermination du plan d'actions³⁶.

³³ ADEME, 2016, *Pertes et gaspillages alimentaires : l'état des lieux et leur gestion par étapes de la chaîne alimentaire*, disponible sur internet : <https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/pertes-et-gaspillages-alimentaires-201605-rapport.pdf>

³⁴ Ibid.

³⁵ ADEME, 2018, *Restauration collective, réaliser un diagnostic du gaspillage alimentaire*, disponible sur internet : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/gaspillage-alimentaire-restauration-collective-memopourdiagnostic_010642.pdf

³⁶ Voir annexe 1, synthèse des guides de bonnes pratiques

La multiplication des projets de réduction du gaspillage dans les établissements de santé offre au directeur d'hôpital un levier supplémentaire pour la réalisation et la conduite de projet.

De nombreux établissements de santé de tailles diverses poursuivent actuellement un objectif de lutte contre le gaspillage alimentaire. Les centres hospitaliers de Redon, de Perpignan ou d'Avignon tout comme des centres hospitaliers universitaires tels que le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Toulouse, les Hospices civils de Lyon (HCL) ou l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont décidé de s'engager dans une politique active de réduction du gaspillage alimentaire.

Les mesures favorables à la réduction du gaspillage alimentaire se situent sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, tant au niveau de la production, que de la distribution et de la consommation. Au niveau de la production, les HCL et le CHU de Toulouse ont ainsi travaillé à la diminution des profils alimentaires (un profil alimentaire correspond à un régime – diabétique, normal – une texture – normal, tendre – et avec ou sans sel). Les HCL ont ainsi diminué le nombre de profils de 38 à 27³⁷. Le menu normal aux HCL convient ainsi aux patients diabétiques. Le centre hospitalier d'Avignon a de son côté travaillé sur une prestation spécifique faite maison pour les patients en hôpital de jour oncologie³⁸. Elle consiste en une barquette froide améliorée afin de s'adapter aux souhaits des patients en oncologie. Enfin, des expérimentations ont été lancées sur le passage de 4 à 3 composantes en EHPAD pour le dîner³⁹.

Au niveau de la distribution, des mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer l'adéquation entre les besoins alimentaires et la production (centre hospitalier de Redon, centre hospitalier d'Embrun). Le centre hospitalier d'Avignon a ainsi diminué par 10 le gaspillage alimentaire en passant de 90.000 barquettes jetées par an à 9.000 par l'amélioration de son outil informatique de commande des repas⁴⁰.

Au niveau de l'aval de chaîne alimentaire, des actions sont entreprises notamment au niveau des selfs avec le gachimètre de pain par exemple ou encore de nombreuses actions de sensibilisation ou le tri des déchets (centre hospitalier d'Avignon).

³⁷ JULE P, Entretien du 18 mars 2019, ANNEXE IV

³⁸ MOY S ET COLL, Entretiens du 11 avril 2019, ANNEXE V

³⁹ WATREMETZ L, 2018, « L' Ehpad du CH de Lisieux veut adapter ses menus aux petits mangeurs », *Hospimedia*, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20181030-restauration-l-ehpad-du-ch-de-lisieux-veut>

⁴⁰ EUSTACHE S, 2018, « Le gaspillage alimentaire divisé par 10 au CH d'Avignon », *Techopital*, disponible sur internet : https://www.techopital.com/le-gaspillage-alimentaire-divise-par-10-au-ch-d-avignon-NS_3497.html

La lutte contre le gaspillage alimentaire est fédératrice et productrice de sens.

Puisque la réduction du gaspillage alimentaire répond à de multiples enjeux notamment éthique, social et de développement durable, il constitue un projet porteur de sens pour les professionnels de santé d'autant plus qu'il permet de travailler sur l'amélioration de l'état nutritionnel des patients et résidents.

Le directeur d'hôpital peut ainsi s'appuyer sur l'ensemble de ces arguments pour insuffler une démarche de réduction du gaspillage alimentaire. De surcroît, l'existence de guides et d'exemples hospitaliers permettent un accompagnement dans la conduite de projet, qui constitue un défi pour le centre hospitalier de Cannes.

1.2 La conduite d'un projet de réduction du gaspillage alimentaire nécessite un travail avec l'ensemble des acteurs de la chaîne alimentaire, ce qui rend sa réalisation complexe voire incertaine notamment lorsqu'il devient un sujet de coopération entre établissements

1.2.1 Le gaspillage alimentaire résulte de causes multiples impliquant l'ensemble des acteurs de la chaîne alimentaire

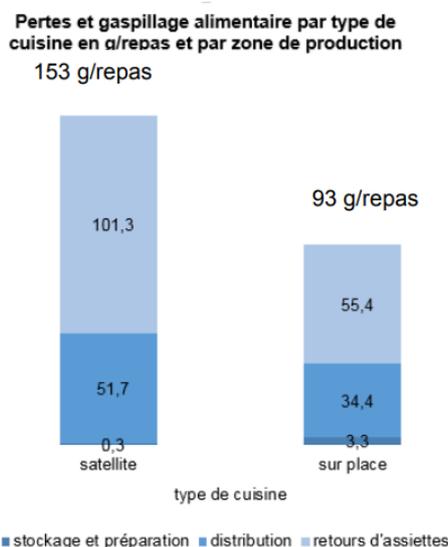
La chaîne alimentaire est composée de quatre étapes principales au cours de laquelle des acteurs très divers interviennent.

La première étape est celle de l'approvisionnement. Elle consiste en l'achat de denrées dont la qualité a un impact sur le volume de pertes et gaspillages alimentaires. Il existe une corrélation positive entre le choix d'un bon fournisseur, la gestion optimale du stock des approvisionnements et le gaspillage alimentaire. A ce stade, de nombreux acteurs interviennent : des acheteurs, des agents d'une cellule des marchés publics (même si de nombreuses cuisines s'approvisionnent par UNIHA Union des Hôpitaux pour les Achats) ainsi que des responsables magasins chargés de la réception et du stockage des denrées. De surcroît, au 1^{er} janvier 2022, 20% des denrées en restauration collectives devront être issus de l'agriculture biologique⁴¹ ce qui représente un vrai défi. Au centre hospitalier d'Avignon, un travail est réalisé pour accroître l'approvisionnement local pour les fruits et légumes mais également pour le pain⁴².

⁴¹ MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION. Décret n° 2019-351 du 23 avril 2019 relatif à la composition des repas servis dans les restaurants collectifs en application de l'article L. 230-5-1 du code rural et de la pêche maritime. Journal Officiel n°0096 du 24 avril 2019 texte n° 23, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038403867&categorieLien=id>

⁴² MOY S, « Lutte contre le gaspillage alimentaire : l'exemple du centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon », *L'alimentation responsable dans les établissements de santé et médico-sociaux*, 7 juin 2019, Centre hospitalier Henri Guérin Pierrefeu-du-Var

La deuxième étape consiste en la préparation de repas. Il existe différents types de cuisine qui ont des conséquences plus ou moins directes sur le volume du gaspillage alimentaire. Le type de cuisine est en effet selon certaines études, le facteur déterminant le plus les quantités perdues ou gaspillées⁴³. Ainsi selon cette analyse, en cuisine satellite « 25% des aliments préparés sont perdus contre 14% pour les cuisines sur place ».



Une autre grande distinction intervient : la liaison froide – c’est-à-dire lorsque les plats sont cuisinés en amont refroidis, réfrigérés et remontés en température juste avant la consommation – qui s’oppose à la liaison chaude (préparation et consommation dans le même lieu).

Au cours de cette étape, il est nécessaire de déconditionner, de laver les légumes ou encore d’ouvrir les boîtes de conserve.

La fonction cuisine peut s’organiser avec⁴⁴ :

- Une cuisine de production : après réception des denrées, l’objectif est de préparer et produire les repas (cuisson) et en fonction de la taille et de l’organisation, les barquettes individuelles et multi-portions sont montées voire pour certains établissements, les plateaux repas. Au cours de cette phase les cuisiniers et agents de restauration interviennent dans ce processus.
- Une cuisine centrale : elle est un regroupement en un seul et même lieu de la production pour différents bâtiments de la production alimentaire. Des unités relais ou cuisine d’assemblage complètent dans la majorité des cas les cuisines centrales.
- Cuisine d’assemblage ou unités relais : l’objectif est ici la reconstitution des plateaux repas à partir de fiches de patients liées aux commandes repas. Différentes

⁴³ ADEME, 2016, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, disponible sur internet : <https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2016/09/cout-complet-pertes-gaspillage-restauration-collective-rapport.pdf>

⁴⁴ CONSEIL NATIONAL DE L’ALIMENTATION, 2017, *Alimentation en milieu hospitalier, avis 78, adopté à l’unanimité lors de la séance plénière du 4 juillet 2017*, disponible sur internet : https://www.acadpharm.org/dos_public/Avis_78.pdf

organisations peuvent être retenues : le montage à la chaîne – un agent responsable de l'entrée, un autre du plat principal, un autre du dessert par exemple – ou la confection des repas en plot (organisation retenue dans certains établissements) qui présente l'avantage de confier à un agent la confection d'un plateau entier. Ce sont des agents de restauration qui interviennent dans cette phase dans des conditions de travail particulières (température basse dans le cas de la liaison froide).

- Cuisine mutualisée : cuisine qui produit pour différents publics à savoir des établissements de santé, médico-sociaux et scolaires par exemple.

Au centre hospitalier d'Avignon, il existe une cuisine centrale qui réalise 3500 repas par jour. Ils y ont développé la technique de la cuisson basse température (cuisson d'une durée de 16 heures) afin d'avoir une meilleure qualité de viande. Sur leur site se trouvent également deux cuisines d'assemblage (en dehors du self).

Au centre hospitalier de Cannes, l'organisation sera précisée par la suite mais ne répond pas stricto sensu à l'une de ces catégories.

La distribution des repas – qui constitue la troisième étape de la chaîne alimentaire – fait intervenir d'autres acteurs. La modalité de distribution dépend étroitement du consommateur final. En MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), le service à la chambre en plateaux repas (barquettes individuelles) est le mode de distribution le plus développé. Or, le repas s'intègre ici directement dans l'organisation des soins du service, les aides-soignants assurant dans la plupart des cas la remontée en température (charriot repas en cas de liaison froide), le service et l'aide au repas tandis que les agents de bio nettoyage ou agents de services hospitaliers sont chargés du dérochage. L'intégration du repas dans une organisation de soins et de prise en charge des patients n'est pas neutre et peut être source de gaspillage alimentaire quand celle-ci est mal organisée. En EHPAD, la distribution du repas peut être réalisée en salle à manger : des AS ou agents de bio nettoyage peuvent être alors directement chargés du service en assiette pour chaque résident. Cette étape implique des connaissances en matière hôtelière ainsi qu'une certaine rigueur dans le respect des fiches résidents, au risque d'être cause de gaspillage alimentaire. Enfin, le service en self est lui souvent réservé au personnel de l'établissement : chaque usager décide dans ce mode de distribution les denrées qu'il souhaite consommer.

La consommation des repas et les déchets alimentaires qui peuvent en résulter constituent la dernière étape de la chaîne alimentaire. Le consommateur peut être très divers. Au centre hospitalier Simone Veil de Cannes la consommation peut concerner : un étudiant de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), un étudiant de l'IFAS (Institut de Formation

d'Aide-Soignant), un personnel de l'établissement, un patient en MCO (avec les particularités de chaque spécialité), un résident (l'hôpital de Cannes dispose en effet de 235 lits d'EHPAD), un patient de psychiatrie ou encore un patient d'hôpital de jour. Enfin, les déchets alimentaires liés au gaspillage composent la fin de la chaîne alimentaire. Le tri des déchets peut être mis en place au niveau des selfs par le consommateur lui-même (CH d'Avignon ou EHESP – Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – par exemple).

En résumé la chaîne alimentaire fait intervenir de nombreux et divers acteurs : acheteurs, agents de restauration, cuisiniers, transporteurs, infirmiers, aides-soignants, agents de bio nettoyage, consommateurs divers.

De surcroît, le personnel médical et les diététiciens interviennent également dans le choix des repas et *in fine* dans la chaîne. Les diététiciens interviennent notamment dans la composition des menus et le choix des profils alimentaires.

A la diversité d'acteurs de la chaîne alimentaire répond la multiplicité de causes pouvant entraîner du gaspillage alimentaire.

Les causes du gaspillage alimentaires sont diverses⁴⁵. La multiplicité des causes du gaspillage alimentaire est liée au grand nombre d'acteurs intervenant sur la chaîne alimentaire. Schématiquement, ces causes peuvent être classées ainsi :

Causes liées aux patients/résidents :

- Ses caractéristiques (âge, appétit, préférences culturelles et personnelles) ;
- Sa pathologie (l'anorexie secondaire due à la maladie et aux traitements prescrits) ;
- Sa capacité à se nourrir (niveau d'autonomie, régime, texture, incapacité à mâcher) ;
- Son activité (sédentarité, activité physique).

Causes liées à l'institution :

- Les horaires de soins et de repas (temps pour déjeuner, interruption) ;
- Le lieu de consommation (pertes plus importantes pour le service en chambre 165g par convive par repas contre 129 à table et 108 au self restaurant) ;
- L'environnement (ambiance, odeurs, bruit, luminosité, plan de table, animation) ;
- L'accompagnement (présence ou non de la famille ou du personnel, animations en EHPAD).

Causes liées aux soins :

- Conditions d'accueil du patient (préparation et installation du patient, prise de commande des repas) ;
- Organisation du service des repas (horaires du repas) ;

⁴⁵ COLL, *La réduction du gaspillage alimentaire et gestion des biodéchets en structure sanitaire*, 7 Juin 2016, centre hospitalier du Mans

- Prise en charge au moment du repas (aide ou non à l'alimentation, prise des médicaments) ;
- Ressources humaines : présence ou non d'une diététicienne, formation, qualification des soignants à l'hôtellerie, existence de protocoles ou de guide hôtelier.

Causes liées à la restauration :

- Le contenu des repas (commissions, qualités gustatives) ;
- La fabrication des repas (cuisson de nuit, type de liaison, respect des fiches techniques) ;
- La distribution des repas (prise de commande) ;
- Equipements hôteliers nécessaires dans les offices (remise en température : micro-ondes, thermo-contact, air pulsé) ;
- Présentation du plateau : l'influence de la présentation du plat sur sa consommation par le patient a été démontrée par différentes études⁴⁶.

La diversité des acteurs de la chaîne alimentaire et la multiplicité des causes du gaspillage alimentaire qui en résulte constituent un défi dans et pour la conduite de projet.

« Il convient de n'oublier personne »⁴⁷. La réussite d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire implique en effet de déterminer un équilibre entre l'intégration d'un grand nombre d'acteurs et un pilotage efficace. Dans cet entretien, il avait été souligné l'importance de l'inclusion du département informatique – notamment dans le cadre des commandes de repas – mais aussi du CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition). Les missions du CLAN ont été précisées et visent entre autres à dépister à l'admission les troubles nutritionnels, relever les goûts et les aversions des patients, assurer une offre alimentaire adaptée aux besoins, prescrire une alimentation artificielle selon le bon usage, surveiller l'état nutritionnel et la consommation et former les professionnels de santé⁴⁸.

⁴⁶ NAVARRO DA ET COLL, US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients, NCBI, 2016

⁴⁷ JULE P, Entretien du 18 mars 2019, ANNEXE IV

⁴⁸ DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS, Circulaire n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Bulletin officiel n° 2002-16, disponible sur internet : https://www.sfnm.org/images/stories/textes_reglementaires/Cicurlaire_DHOSE.pdf

1.2.2 *La présence d'un GCS à Cannes mutualisant la fonction restauration entre différents établissements de santé fait du gaspillage alimentaire un sujet de coopération*

La fourniture des repas et prestations alimentaires au centre hospitalier de Cannes est assurée par le groupement de coopération sanitaire « hôpitaux de la côte d'Azur ». Le GCS « hôpitaux de la côte d'Azur » est un GCS de moyens de droit public. Il est régi par les articles L6133-1 à L 6133-6 et R 6133-1 et suivants du Code de la santé publique. Ce GCS a été formé le 11 décembre 2013 à partir du Syndicat Inter hospitalier Cannes-Grasse-Antibes-Fréjus, qui avait été lui-même créé le 30 novembre 1999 entre les centres hospitaliers de Cannes-Grasse-Antibes (effectif depuis 2005).

Le GCS mutualise les fonctions de restauration de quatre établissements publics de santé. Il produit en effet plus de 5000 repas par jour pour 4 établissements publics de santé parties au groupement : le CH Antibes, le CH de Cannes, le CH de Grasse et le CH de Fréjus.

Le GCS assure la fourniture des repas complets, midi et soir, la fourniture des produits alimentaires non transformés et la livraison des sites⁴⁹. Le service restauration comprend non seulement « *la confection, la livraison et la distribution* ⁵⁰ » de repas aux patients, aux résidents et aux personnels de l'établissement mais également « *la confection et le service des prestations festives telles qu'inauguration, repas de direction, vin d'honneur* ⁵¹ ».

La facturation des repas par le GCS-SIH constitue des dépenses de titre III (compte 6282, alimentation à l'extérieur) pour le centre hospitalier de Cannes.

Le GCS facture les prestations servies aux membres à chaque fin de mois⁵². Les dépenses d'alimentation facturées se décomposent entre :

- Des dépenses fonction de l'unité d'œuvre (c'est-à-dire fonction du coût d'un repas, facturé 6,34 euros (jusqu'à fin 2018) par le GCS) appelées « *prestations alimentaires contractuelles* ⁵³ ». Sont inclus dans ces dépenses les repas du self, des patients et des résidents (MCO, EHPAD Isola Bella, EHPAD Simone Veil,

⁴⁹ Article 3 la convention constitutive du GCS-SIH : PREFET DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR. Annexe à l'arrêté n °2013345-0001 du 11 décembre 2013 - convention constitutive du GCS "Services inter hospitaliers Cannes- Grasse- Antibes- Fréjus". Recueil des actes administratifs spécial n° 98 de décembre 2013, Convention n°2013337-0012 du 20 décembre 2013 modifiée le 26 novembre 2015

⁵⁰ Article 24.1 du règlement intérieur GCS-SIH ; DIRECTEURS DES CENTRES HOSPITALIERS DE CANNES, GRASSE, FREJUS, ANTIBES, MENTON, DU CENTRE HOSPITAIRE UNIVERSITAIRE DE NICE ET DU GCS. Règlement intérieur du groupement de coopération sanitaire du « services inter hospitalier Cannes, Grasse, Fréjus, Antibes, Menton, Nice ». Version issue de l'Assemblée générale du 13 juin 2016

⁵¹ Ibid.

⁵² Article 18.2 Ibid.

⁵³ PREFET DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR. Annexe à l'arrêté n °2013345-0001 du 11 décembre 2013 - convention constitutive du GCS "Services inter hospitaliers Cannes-Grasse- Antibes- Fréjus". Recueil des actes administratifs spécial n° 98 de décembre 2013, Convention n°2013337-0012 du 20 décembre 2013 modifiée le 26 novembre 2015

Hôpitaux de jour), des accompagnants et d'autres repas qui varient selon les évènements (pique-niques, formations, évènements institutionnels comme les élections professionnelles)⁵⁴.

- Des dépenses de prestations annexes nommées prestations « *non comprises dans la prestation alimentaire contractuelle*⁵⁵ » refacturées en sus au prix d'achat. Au sein de ces dépenses, il existe différentes prestations :
 - Des prestations restauration qui représentent en moyenne entre 70-75% des dépenses de prestations annexes : livrées soit par le GCS, soit par des fournisseurs (Felix Potin, Distrisud etc.) directement pour l'ensemble de l'établissement et des prestations soumises à la validation de la DMO (Direction des Moyens Opérationnels) représentant un montant de 1535,22 euros en novembre 2018, soit 7,57% des dépenses de prestations annexes⁵⁶;
 - Des prestations annexes « crèche » (épicerie fine et repas) représentant entre 15 et 20% des dépenses de prestations annexes (3963,93 euros en novembre 2018⁵⁷) ;
 - Facturation tenue de la caisse (7-9% des dépenses de prestations annexes) qui consiste en la rémunération de l'agent responsable de l'enregistrement des plateaux au self ;
 - Facturation des produits à usage unique (1% en moyenne), tels que des assiettes, couteaux, serviettes en plastique.

⁵⁴ A noter, les prestations café des réunions CLIN, CHSCT, accueil des internes et autres ne sont pas incluses dans cette enveloppe (mais dans l'enveloppe des prestations annexes).

⁵⁵ PREFET DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR. Annexe à l'arrêté n°2013345-0001 du 11 décembre 2013 - convention constitutive du GCS "Services inter hospitaliers Cannes-Grasse- Antibes- Fréjus". Recueil des actes administratifs spécial n° 98 de décembre 2013, Convention n°2013337-0012 du 20 décembre 2013 modifiée le 26 novembre 2015

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid.

Dépenses	2018		2017		Evolution 2018/2017	
	UO	Prestations annexes	UO	Prestations annexes	UO	Prestations
Janvier	309 512,46	21 285,58	311 630,02	20 938,62	-0,68%	1,66%
Février	289 313,22	18 000,73	282 402,62	20 340,99	2,45%	-11,51%
Mars	311 103,80	18 163,12	316 885,88	20 550,08	-1,82%	-11,62%
Avril	291 937,98	19 628,02	281 407,24	17 980,90	3,74%	9,16%
Mai	290 226,18	19 665,77	309 132,06	20 538,83	-6,12%	-4,25%
Juin	294 829,02	22 710,65	301 790,34	21 530,56	-2,31%	5,48%
Juillet	292 629,04	21 473,76	295 114,32	24 180,00	-0,84%	-11,19%
Août	282 377,26	20 195,75	289 864,80	21 210,68	-2,58%	-4,78%
Septembre	288 368,56	19 203,66	299 729,84	19 215,83	-3,79%	-0,06%
Octobre	305 549,96	22 345,87	310 996,02	20 423,39	-1,75%	9,41%
Novembre	288 723,60	20 271,46	302 532,12	17 995,14	-4,56%	12,65%
Décembre	281 267,76	23 366,12	291 411,76	20 488,29	-3,48%	14,05%
Total	3 525 838,84	246 310,49	3 592 897,02	245 393,31	-1,87%	0,37%
Total 2018/2017	3 525 838,84	246 310,49	3 592 897,02	245 393,31		
Economies	0,00		0,00			
Coût total	3 772 149,33		3 838 290,33			-1,72%

Dépenses de restauration du centre hospitalier de Cannes entre 2017 et 2018

Aussi, eu égard aux types de cuisine définis précédemment, le GCS serait une cuisine centrale mutualisée entre différents établissements publics de santé.

Le projet de lutte contre le gaspillage alimentaire constitue pour le centre hospitalier de Cannes un sujet de coopération tant en interne qu'au niveau territorial.

Il est tout d'abord un sujet de coopération en interne avec le GCS. L'organisation le long de la chaîne alimentaire implique au niveau de l'établissement un point de liaison entre le GCS et le personnel de l'établissement. Au niveau MCO, il appartient aux professionnels du GCS d'assembler les plateaux repas, de les positionner dans les charriots repas, de monter et brancher les charriots dans les services. Il revient aux AS ou IDE – 45 minutes avant le repas – d'actionner la mise en marche de la remontée en température. Toutefois, au niveau des EHPAD, cette délimitation des tâches est moins nette et peut rendre difficile l'identification des causes du gaspillage alimentaire. Dans les commissions des menus des EHPAD, il ressort que le gaspillage alimentaire peut résulter aussi bien de la mauvaise remontée en température de certains plats (poissons panés par exemple), compétence dévolue au GCS (cuisiniers), que de la présentation dans l'assiette voire des conditions hôtelières qui sont des missions à la charge de l'établissement.

Le projet de lutte contre le gaspillage alimentaire constitue un sujet de coopération territoriale. Puisque qu'une lutte efficace contre le gaspillage alimentaire nécessite de travailler sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, il apparaît indispensable de travailler sur le haut de la chaîne, c'est-à-dire la production, avec les autres établissements parties au GCS. La lutte contre le gaspillage alimentaire devient ainsi un sujet de coopération

territoriale entre établissements publics de santé. Par ailleurs, cette coopération territoriale ne correspond pas aux découpages des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Le centre hospitalier de Fréjus fait en effet partie du GHT du Var tandis que les centres hospitaliers d'Antibes, Grasse et Fréjus appartiennent au GHT des Alpes Maritimes.

Ainsi, la présence d'un GCS « hôpitaux de la côte d'Azur » mutualisant la fonction restauration entre différents établissements donne à un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire une dimension territoriale et stratégique. La prise en compte de ces éléments détermine la conduite de projet et les leviers du directeur d'hôpital pour répondre aux objectifs du projet. Le risque d'être confronté à des obstacles apparaît en première intention relativement élevé.

1.2.3 Le pilotage du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire est assuré par la direction des moyens opérationnels du centre hospitalier de Cannes

Le pilotage du projet de réduction du gaspillage alimentaire a été confié à la direction des moyens opérationnels.

La DMO (Direction des Moyens Opérationnels) est une direction récente réunissant deux anciennes directions. La DMO a été créée en mai 2018. Elle fusionne deux anciennes directions distinctes en une seule : la direction des travaux, de la sécurité et des services techniques (DTSST) et des services économiques (DEMAHL).

Deux raisons principales expliquent cette évolution organisationnelle. Tout d'abord, l'institution d'une direction achat territoriale au niveau du GHT des Alpes-Maritimes a entraîné une évolution des missions relatives à la rédaction de marché public. Surtout, la DMO s'inscrit dans une logique certaine : « être au service des services » c'est-à-dire à la fois :

- La réponse aux besoins des services dans les plus brefs délais (demande de mobilier, de travaux, de fournitures, d'équipement biomédical) ;
- Garantir le fonctionnement 24h sur 24 des services dans les meilleures conditions (réparation, maintenance, sécurité, sûreté, alimentation, linge entretien des locaux, des espaces verts, logistique) ;
- L'amélioration de la performance des équipements existants en anticipant les défis de demain (performance énergétique hôtelière, alimentaire, achat).

Le pilotage du gaspillage alimentaire par la DMO apparaît ainsi cohérent eu égard à ces missions.

Même s'il apparaît justifié, le pilotage du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire aurait pu être organisé différemment.

Pour reprendre les termes de Bernard Lahire⁵⁸, « À l'entrée « évidence » de son *Dictionnaire des idées reçues*⁵⁹, Gustave Flaubert écrit : « Vous aveugle, quand elle ne crève pas les yeux ». *Manière de dire que rien n'est moins évident qu'une évidence* ». Le pilotage du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire aurait pu s'organiser autrement. Au centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon par exemple, le pilotage du projet de réduction du gaspillage alimentaire est assuré par la responsable RSE (responsabilité sociale établissement) de l'établissement. Or, au CH de Cannes, la responsable RSE est la directrice adjointe en charge du Secrétariat général et de la direction de la clientèle, de la communication, du développement durable et de la recherche. Dès lors, le projet de réduction du gaspillage alimentaire aurait pu être confié à cette direction.

Le choix de confier le pilotage du projet à la DMO se justifie par l'attention portée à la maîtrise des dépenses d'alimentation et se traduit dans les objectifs initiaux du projet :

- 1- Développement durable : baisse du volume des déchets ;
- 2- Qualité : améliorer la satisfaction des patients ;
- 3- Economique : diminution des frais d'alimentation.

Ainsi, la réduction du gaspillage alimentaire – au-delà même des obligations réglementaires – constitue dans la majorité des cas, un objectif partagé par l'ensemble des professionnels. La lutte contre le gaspillage répond à de multiples enjeux, leviers sur lesquels le directeur d'hôpital peut s'appuyer pour convaincre du bien-fondé d'un tel projet. Toutefois, au-delà de sa capacité à convaincre, le directeur d'hôpital est également appelé à assurer une conduite structurée d'un tel projet, impliquant un grand nombre d'acteurs divers. Or, l'existence d'un GCS chargé de la production de l'alimentation peut constituer une difficulté supplémentaire. Aussi, la mise en place d'une démarche pérenne de lutte contre le gaspillage alimentaire implique au centre hospitalier de Cannes une structuration progressive et concertée avec les autres établissements parties au GCS.

⁵⁸ LAHIRE B, Pour la sociologie. Et pour en finir avec une prétendue "culture de l'excuse", Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2016

⁵⁹ FLAUBERT G, Le Dictionnaire des idées reçues, Paris, Libro, 2008, p. 32.

2 La structuration progressive du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire constitue une condition nécessaire à sa réussite sur le long terme

2.1 Une structuration progressive en interne de la politique de réduction du gaspillage alimentaire permet d'assurer à l'hôpital de Cannes un leadership territorial sur cette thématique

2.1.1 *L'engagement des professionnels et l'implication de la direction ont fait du gaspillage alimentaire une thématique prioritaire pour l'établissement*

L'année 2019 a constitué un moment favorable à l'inscription du gaspillage alimentaire comme thématique prioritaire pour l'établissement.

L'alimentation avait déjà fait l'objet d'un audit du GCS⁶⁰ en 2016. Réalisé de septembre à décembre 2016, l'audit avait permis d'identifier différents axes d'amélioration de la restauration :

- 1- Adapter l'offre alimentaire aux souhaits, besoins et contraintes alimentaires des patients et résidents en réduisant notamment le taux des déchets et de destruction alimentaires ;
- 2- Réfléchir sur l'évolution des pratiques professionnelles, des techniques de traitement des produits et de l'organisation du travail en cuisine ;
- 3- Améliorer les modes de distribution entre établissements du GCS ;
- 4- Accompagner la structuration d'outils de gestion de la fonction restauration.

Un groupe de travail avait également été organisé en interne afin d'améliorer la commande des plateaux repas. Ce groupe de travail a obtenu en 2018 plusieurs résultats : généralisation des préadmissions dans certains services – afin d'anticiper la commande repas – ainsi que la mise en place de plateau à DLC (Date Limite de Conservation) longue dans d'autres services pour limiter le gaspillage alimentaire.

Enfin, une étude avait été réalisée sur les deux EHPAD de l'établissement (voir infra).

L'ensemble de ces éléments atteste de l'engagement et de la sensibilisation des professionnels en faveur de la lutte contre le gaspillage alimentaire, offrant un contexte favorable au lancement d'un projet plus structuré.

Une implication forte de la direction de l'établissement contribue à la mise à l'agenda de la lutte contre le gaspillage alimentaire. La DMO et la DS (Direction des Soins) participent aux réunions du CLAN mais aussi aux commissions des menus des deux EHPAD.

⁶⁰ ECG MEDITERRANEE, 2016, GCS Cannes Grasse Antibes Fréjus, proposition de la stratégie d'optimisation de l'efficience

L'amélioration de l'alimentation en EHPAD fait l'objet d'une feuille de route définie avec le responsable de l'unité relais du centre hospitalier.

Ce contexte favorable constitue « une fenêtre d'opportunité » en interne permettant la structuration d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire. Par analogie à la mise à l'agenda public de certains problèmes politiques, John Kingdon⁶¹ a travaillé sur les « fenêtres d'opportunité », moments propices à la mise à l'agenda de problème. Pour caractériser ces moments, il faut distinguer selon le chercheur 3 intrigues⁶² : l'intrigue des problèmes, celle des solutions et enfin l'intrigue politique. La première intrigue correspond aux problèmes créés par les événements, entraînant une analyse approfondie et la création d'indicateurs. La deuxième traduit l'ensemble des solutions techniques, financières et les savoirs à partir desquels le problème peut être résolu. Enfin, l'intrigue politique est entendue comme l'ensemble des événements qui affectent la vie politique (courants, partis etc.). Pour le sociologue, la mise à l'agenda de nouveaux problèmes a lieu lorsque ces trois intrigues s'articulent pour constituer une fenêtre d'opportunité. Par analogie au centre hospitalier de Cannes :

- Le courant de problèmes : le gaspillage alimentaire est identifié comme problème depuis quelques années et a entraîné un audit et la constitution d'un groupe de travail ;
- Le courant des solutions : beaucoup de guides pratiques et d'exemples⁶³ hospitaliers proposent des solutions pour diminuer le gaspillage alimentaire ;
- Le courant politique : la direction du centre hospitalier fait preuve d'une grande détermination symbolisée par sa présence en instances ou en commissions des menus. Dans la grille de lecture de John Kingdon, il appartient à la DMO de jouer le rôle « *d'entrepreneur politique* » c'est à dire d'être la charnière entre ces trois temporalités. Ce courant politique interne est de surcroît complété par un encadrement réglementaire croissant pour limiter le gaspillage alimentaire, symbolisé par le discours de politique générale du Premier ministre Edouard Philippe du mercredi 12 juin 2019 « *la loi anti-gaspillage sera l'une des trois priorités de la rentrée parlementaire de septembre* ».

Le projet de lutte contre le gaspillage alimentaire s'est structuré en interne autour d'un plan d'actions unique.

Un nom de projet a tout d'abord été adopté « Moins gaspiller pour mieux manger ». Le nom retenu traduit la logique du projet : le gaspillage alimentaire constitue la porte d'entrée d'un

⁶¹ KINGDON J, Agendas, Alternatives and Public Policies, 1984

⁶² NONJON M, « analyse des politiques publiques », *Cours dans le cadre de la deuxième année d'étude à l'institut d'études politiques d'Aix-en-Provence*, 2012, Aix-en-Provence

⁶³ Voir partie 1

travail approfondi sur la qualité de l'alimentation. Déterminer les causes du gaspillage alimentaire permet d'identifier les pistes d'amélioration tant en termes de prestations hôtelières que de la qualité de la remise en température des denrées.

Un plan d'actions unique a été défini afin de favoriser le suivi et le partage d'objectifs communs. Il a été choisi de privilégier des mesures pragmatiques et réalisables dans un premier temps – notamment avant l'organisation de pesées pour réaliser un diagnostic approfondi de l'état du gaspillage alimentaire. La construction du support de pilotage – plan qui a vocation à servir de document de base du CLAN – répond à une logique particulière, intégrant les recommandations de bonnes pratiques. Aussi, les 60 actions du plan ont été classées en fonction de leur place dans la chaîne alimentaire (production, unité relais, distribution, consommation) et de leur périmètre (MCO, EHPAD). Chaque action a été confiée à un ou plusieurs pilotes avec une échéance déterminée.

Revue de projet DMO Alimentation 2019, MAJ le 24/07/2019 par PS et RP										
PROJETS	ETAPES	PERIMETRE	OBJECTIF(S)	ACTION(S) MISES EN ŒUVRE	PILOTE (S)	DEBUT PREVU	ECHEANCE	ETAT AVANCEMENT	COMMENTAIRES	
P R O D U C T I O N	ETUDE PROJET	CH	Proposer projet de lutte contre le gaspillage alimentaire	Analyser bonnes pratiques	R.POIGNAND	01/01/2019	31/08/2019			
				Réaliser un benchmark	R.POIGNAND	01/01/2019	31/08/2019			
				Etudier les enjeux réglementaires	R.POIGNAND	01/01/2019	31/08/2019			
				Slayer existant au CHC	R.POIGNAND	01/01/2019	31/08/2019			
	P R O D U C T I O N	MCO	MCO	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Proposition organisation et conduite projet	R.POIGNAND	01/01/2019	31/08/2019		
					Définir format, lieu et personnes présentes	R.POIGNAND	20/05/2019	01/07/2019		
					Organiser une réunion commune entre diététiciens des 4 établissements	P.SAUDRAIS	04/07/2019			
					Retravailler la carte fixe sur l'hôpital	P.SAUDRAIS	01/10/2019	31/12/2019		
					Mise en place de plateaux DLC Longue pour éviter gaspillage en pneumologie, rhumatologie/diabétologie	R.GUILLOIN NOBLET R.POIGNAND	01/04/2019	01/04/2019		
					Rechercher des produits de grammage plus faible (ex: batonnets de poisson...)	A.LANG	01/01/2019	30/06/2019		
					Revoir le grammage de certains plats pour population EHPAD	A.LANG	01/01/2019			
					Relancer le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	A.LANG	01/01/2019	30/06/2019		
					Revoir le paramétrage du régime diabétique PA (travail sur texture pour le moment)	MME UNGERER	01/01/2019			Attente nouvelles recommandations sur les régimes
					Augmenter la densité nutritionnelle des préparations par un enrichissement en protéines et lipides sur GCS ou site (fromage blanc ou desserts enrichis... cf annexe dessous)	FX TILMANT P.SAUDRAIS				
MCO	MCO	MCO	Améliorer la qualité de la prestation alimentaire	Retirer le point des goûters proposés avec les diet des 4 établissements et le GCS (grille été et grille hiver)	P.SAUDRAIS	2ème semestre 2019			Revoir goûters été, hiver fait	
				Améliorer la qualité de la prestation alimentaire	FX TILMANT	20/05/2019	30/06/2019			
MCO	MCO	MCO	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réduction doublon Pépas au niveau des plateaux entrants	P.SAUDRAIS	01/01/2019	31/12/2019		Evaluation fin novembre 2019 à faire	
				Rédiger une fiche technique pour chaque potage	FX TILMANT					

Extrait du plan d'actions⁶⁴

Deux actions de nature différente pourraient être présentées pour illustrer la nature très opérationnelle des mesures retenues ainsi que l'approche progressive choisie.

La première consiste en un travail sur les plateaux entrants afin de favoriser l'adéquation du nombre de ces repas avec leur consommation :

24	MCO	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Adapter le nombre de plateaux entrants aux consommations			01/01/2019	31/12/2019	
----	-----	---	--	--	--	------------	------------	--

Au centre hospitalier de Cannes, les plateaux entrants sont des repas disponibles le midi et le soir à l'unité relais de l'hôpital (MCO) afin de constituer un stock tampon pour les repas qui n'auraient pas été commandés « à temps ». Les commandes de repas se font en effet par service et par l'intermédiaire du logiciel Winrest, avant 9h pour le déjeuner et 15h pour

⁶⁴ Voir annexe III

le dîner. A partir de ces commandes, les repas sont préparés selon les fiches patients de la commande (régimes, textures, aversions), mis dans des charriots repas fléchés par service, charriots qui seront ensuite montés dans les étages et branchés sur des bornes électriques pour permettre le maintien en température. Or, si un patient arrive dans un service après 9h et après 15h, son repas n'ayant pas été commandé, il sera nécessaire de retirer un plateau entrant à l'unité relais.

Dans ce contexte, le travail a consisté en :

- L'analyse de la consommation des repas entrants par rapport au nombre de repas entrants préparés ;
- L'étude de la justification de recourir à un plateau entrant (parfois un repas entrant était retiré pour un patient disposant déjà d'un plateau repas dans un charriot repas).

Ce travail a permis de diminuer de manière substantielle le nombre de plateaux entrants qui n'étaient pas consommés et donc qui constituaient du gaspillage alimentaire :

Plateaux Entrants Midi	Situation actuelle		Proposition 1	
	Nombre	Coût	Nombre	Coût
lundi	6	38,04	3	19,02
mardi	6	38,04	3	19,02
mercredi	6	38,04	3	19,02
jeudi	6	38,04	3	19,02
vendredi	6	38,04	3	19,02
samedi	6	38,04	2	12,68
dimanche	6	38,04	2	12,68
Total	42	266,28	19	120,46
Economies	23	145,82		
Annuel	7582,64			

Plateaux Entrants Soir	Situation actuelle		Proposition 1		Proposition 2	
	Nombre	Coût	Nombre	Coût	Nombre	Coût
lundi	10	63,4	14	88,76	10	63,4
mardi	10	63,4	14	88,76	10	63,4
mercredi	10	63,4	10	63,4	8	50,72
jeudi	10	63,4	10	63,4	8	50,72
vendredi	10	63,4	10	63,4	8	50,72
samedi	10	63,4	3	19,02	3	19,02
dimanche	10	63,4	4	25,36	4	25,36
Total	70	443,8	65	412,1	51	323,34
Economies (prop 1)	5	31,7				
Annuel	1648,4					
Economies (prop 2)	19	120,46				
Annuel	6263,92					

Ce travail a dans un premier temps permis d'adopter la proposition P1 puis la proposition P2 en mars et avril 2019 ce qui a permis d'économiser 23 plateaux le midi par semaine et 19 le soir soit 2184 repas gaspillés en moins sur l'année. Cela représentait un coût pour l'établissement de 13 846,56 euros.

Résumé	nb de repas (sem)	prix repas	coût semaine
Situation actuelle	112	6,34	710,08
Proposition 1	84	6,34	532,56
Proposition 2	70	6,34	443,8
Economie/semaine (P1)	177,52		
Economie année (P1)	9231,04		
Economie/semaine (P2)	266,28		
Economie année (P2)	13846,56		

Une évaluation de cette action a été faite le 24 juillet 2019 et a permis non seulement de conforter ces premières décisions mais également d'ajuster encore au plus près ces commandes à la consommation en passant :

- De 3 à 2 plateaux le midi pour le mardi, mercredi, jeudi et vendredi (déjeuner) ;
- De 10 à 8 plateaux le lundi et le mardi (dîner).

Cette évolution permettrait non seulement de diminuer encore le gaspillage alimentaire sans mettre en difficulté les services mais également d'économiser 2 483,5 euros à l'année. Par cette mesure très opérationnelle, 2600 plateaux repas auparavant gaspillés ne le sont plus, et cette mesure se concrétise par une économie directe de 16 330,06 euros annuellement (sans inclure le coût des déchets). Cette action illustre également les multiples enjeux auxquels répond la lutte contre le gaspillage alimentaire : la conciliation ici d'objectifs économique et de développement durable.

Un deuxième type d'actions concerne l'EHPAD et un travail plus spécifique sur l'aval de la chaîne alimentaire. Parce que l'alimentation doit être un moment de plaisir favorisant la satisfaction et la nutrition des résidents, la qualité de la prestation hôtelière doit être étudiée et améliorée. Une des causes du gaspillage alimentaire peut en effet résulter de l'environnement dans lequel se déroule le moment du repas (ambiance / odeurs, bruit, luminosité, plan de table, animation etc)⁶⁵. Différentes actions ont ainsi été entreprises afin de favoriser la satisfaction des résidents et la diminution du gaspillage :

- Achat de nouveaux équipements (nappes, fleurs, salières, poivrières, plateaux fromage, couverts, tasses, plats en inox) ;
- Formation du personnel pour favoriser la montée en compétence sur le domaine hôtelier ;
- Recrutement d'une gouvernante responsable de la qualité de la prestation hôtelière.

Ce deuxième groupe d'actions illustre la conciliation d'autres enjeux liés au gaspillage alimentaire : renforcer l'apport nutritionnel des résidents et augmenter le plaisir lors de la prise repas.

⁶⁵ Voir partie 1

Au-delà de cette structuration interne – focalisée sur l’aval de la chaîne alimentaire – une décision a permis d’enclencher en externe une dynamique positive pour réunir les établissements afin de travailler avec le GCS sur l’amont de la chaîne alimentaire, c’est-à-dire au niveau de la production. A cet instant, alors que le projet de lutte contre le gaspillage alimentaire était un sujet interne, il devient un enjeu de coopération territoriale.

2.1.2 L’instauration d’un nouveau tarif de la prestation alimentaire – impulsée par le centre hospitalier de Cannes – plus favorable au gaspillage alimentaire a permis d’enclencher la dimension territoriale du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire

Les modalités de facturation de la prestation alimentaire fournie par le GCS et globalement le système de tarification des repas apparaissent perfectibles au regard de la thématique du gaspillage alimentaire.

Au self, le coût d’un plateau repas pour l’établissement n’est pas fonction de ce qui est consommé. La facturation des repas au self correspond au nombre de passages plateaux en caisse multipliés par l’unité d’œuvre (coût d’un repas) d’une valeur de 6,34 euros (jusqu’à janvier 2019). Or, ce prix facturé ne varie pas selon le nombre de plats choisis par plateau. Autrement dit, un plateau comportant une composante coûte autant pour l’établissement qu’un autre constitué de 4 composantes.

Il apparait que la lutte contre le gaspillage alimentaire ne se traduit pas automatiquement par une baisse des dépenses d’alimentation. Puisque les dépenses d’alimentation sont étroitement reliées au nombre de patients/résidents/professionnels par le mécanisme de l’unité d’œuvre, des mesures de lutte contre le gaspillage alimentaire telles que la réduction du grammage ou la diminution du nombre de composantes pour l’EHPAD n’auront aucun impact sur les dépenses de restauration elles-mêmes si elles n’entraînent pas la diminution de l’UO.

Le système de tarification n’incite pas à la mise en place d’une démarche de développement durable. Les pertes et gaspillages alimentaires représentent la très grande majorité des biodéchets⁶⁶. Or, puisque le système de tarification n’incite pas à la réduction du gaspillage alimentaire, il n’incite pas non plus à la prise en compte de l’impact environnemental des déchets liés aux pertes et gaspillages alimentaires.

⁶⁶ Voir partie 1

Inversement, le système de tarification inciterait plutôt à diminuer les volumes des commandes, logique qui présente plusieurs limites.

Pour baisser les dépenses de restauration sans toucher à l'UO, les leviers d'action au niveau des établissements portent donc sur le volume c'est-à-dire le nombre de repas. La présence d'un gaspillage alimentaire conséquent inciterait dès lors à une sous-commande, logique qui ne peut être acceptable.

Le tarif de la prestation alimentaire a évolué afin d'introduire un mécanisme plus incitatif pour lutter contre le gaspillage alimentaire tout en permettant aux établissements parties de dégager des marges de manœuvre budgétaire.

Sous l'impulsion du centre hospitalier de Cannes, le tarif d'un repas a diminué de 37 centimes d'euros par repas. Le coût d'un repas initialement de 6,34 euros est passé à 5,97 euros par une décision en Assemblée Générale du 29 avril 2019. Il convient ici de souligner que ce tarif n'avait pas évolué depuis une dizaine d'années. Cette évolution représente des économies substantielles pour les établissements parties au GCS. A consommations équivalentes, l'économie réalisée pour le centre Hospitalier de Cannes serait de 205 766,62 euros (effet prix).

La baisse du tarif de l'UO ne se pas fait au détriment de l'équilibre budgétaire du GCS. Le GCS connaît une situation excédentaire depuis plusieurs exercices grâce à ses efforts de gestion. Cette situation leur a ainsi permis d'engager des travaux d'investissement au niveau de leur cuisine.

Surtout, la flexibilisation possible des tarifs de la prestation alimentaire qu'à ouverte la décision du 29 avril 2019 constitue un mécanisme incitatif en faveur d'une plus grande coopération entre établissements sur le sujet du gaspillage alimentaire. Les limites du mécanisme de tarification précédemment décrites ne sont certes pas toutes supprimées mais ce système avec la possibilité de faire évoluer le prix à intervalles de temps réguliers apparaît comme le moins mauvais :

- Il demeure incitatif pour le GCS : puisque l'évolution des tarifs intervient en année n+1 par rapport aux résultats constatés à l'année n, le GCS continue de bénéficier des excédents de l'année n pour poursuivre d'autres investissements ; il est par ailleurs incité à une optimisation plus grande chaque année ;
- Inversement il apparaît plus juste pour les établissements publics de santé : en tant que partenaires du GCS, l'impression d'un groupement qui réaliserait des excédents alors même que certains établissements parties connaissent une situation financière dégradée ne tient plus ;

- Au niveau du gaspillage alimentaire, le travail sur la réduction du grammage pour certains plats en faveur de la réduction du gaspillage alimentaire et qui induit un achat plus faible de denrées, est théoriquement valorisable pour les établissements ;
- Enfin, ce nouveau mécanisme permet qu'il soit décidé en assemblée générale du GCS de réinvestir les gains réalisés en année n-1 dans la qualité de l'approvisionnement et des denrées afin de réduire le gaspillage alimentaire. Cette possibilité est d'autant plus intéressante au regard de l'obligation à terme d'un approvisionnement à 20% de produits issus de l'agriculture biologique.

Cette décision impulsée par le centre hospitalier de Cannes par l'intermédiaire de son directeur général également administrateur du GCS a permis à l'établissement d'assurer une forme de leadership au niveau territorial sur la thématique du gaspillage alimentaire.

2.1.3 Le centre hospitalier de Cannes est en mesure d'être force de proposition afin de renforcer la coopération territoriale en matière de gaspillage alimentaire

Le CH de Cannes a été à l'initiative d'une première rencontre avec les autres établissements parties au GCS afin de travailler au gaspillage alimentaire.

La première réunion de coopération inter-établissements s'est tenue le 4 juillet. Le premier objectif était de partager des éléments de diagnostic sur le gaspillage alimentaire entre établissements. Surtout, le deuxième objectif était de sélectionner, parmi une liste de sujets que Cannes avait identifiée, des axes de travail qui pourraient être étudiés au niveau territorial. Les axes de travail proposés étaient :

- La réalisation d'un diagnostic sur le gaspillage alimentaire : adoption d'une méthodologie de travail en fonction des ordonnances à paraître au cours du deuxième semestre 2019, en application de la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous ;
- La diminution du nombre des profils alimentaires : conformément aux mesures prises aux HCL ou au CHU de Toulouse, une production moins diversifiée (texture, type de menu, sans sel) permet de diminuer le gaspillage alimentaire ;
- Un travail sur le logiciel de commande : à l'image du CH d'Avignon, un meilleur paramétrage du logiciel de commande contribue à l'amélioration de l'adéquation entre production et consommation ;
- Un travail sur l'augmentation des durées de conservation des barquettes produites : des investissements substantiels ont été réalisés sur les durées de conservation

aux HCL⁶⁷, qui ont été portées à 11 jours (à l'origine de 3 à 5 jours). Les investissements ont porté entre autres sur l'injection de gaz pour allonger les DLC. Conserver plus longtemps les produits permet d'éviter la surproduction par crainte de ne pas produire suffisamment ; inversement cela permet de ne pas jeter directement ce qui n'a pas été consommé le jour même (on peut proposer une nouvelle fois le plateau dans le cycle des menus) ;

- Mise en place de prestations différenciées sur les hôpitaux de jour : le CH d'Avignon⁶⁸ a ainsi travaillé à des prestations alimentaires froides spécifiques pour son hôpital de jour d'oncologie.

Trois axes de travail ont été retenus grâce à nos échanges avec les établissements partenaires : la diminution des profils alimentaires et deux autres sujets non proposés par Cannes : les dons alimentaires et un travail sur la filière « déchets alimentaires », tri des biodéchets.

Le CH de Cannes prévoit d'organiser une réunion de lancement sur le projet territorial de lutte contre le gaspillage alimentaire. La date retenue est le 16 octobre 2019 (le 16 octobre est la journée mondiale de l'alimentation, c'est aussi la journée nationale de lutte contre le gaspillage alimentaire). L'objectif serait de présenter sur une demi-journée, les enjeux de la lutte contre le gaspillage alimentaire, les dispositions réglementaires relatives au gaspillage réglementaire et de lancer officiellement le projet de lutte contre le gaspillage alimentaire. Cette réunion de lancement aurait vocation à réunir les personnels de l'ensemble des établissements et du GCS intervenant dans la chaîne alimentaire.

Un des deux EHPAD du centre hospitalier de Cannes envisage de devenir le site pilote de l'expérimentation du passage à 3 composantes pour le diner.

L'objectif de ce projet est d'améliorer l'apport nutritionnel des résidents. L'idée est en effet de passer d'un repas de 4 à 3 composantes dont un potage enrichi (avec des protéines). Il a été observé que le diner entraînait du gaspillage alimentaire et par conséquent un apport nutritionnel insuffisant. La composante appréciée par les résidents le soir étant le potage, enrichir ce potage avec des protéines notamment permettrait de garantir un meilleur équilibre nutritionnel des résidents.

Le dîner à trois composantes ne concerne pas l'ensemble des résidents. Seuls les résidents mangeant peu seraient ciblés afin de renforcer leur équilibre nutritionnel.

⁶⁷ JULE P, Entretien du 18 mars 2019, ANNEXE IV

⁶⁸ MOY S, « Lutte contre le gaspillage alimentaire : l'exemple du centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon », *L'alimentation responsable dans les établissements de santé et médico-sociaux*, 7 juin 2019, Centre hospitalier Henri Guérin Pierrefeu-du-Var

Ce projet nécessitera une communication précise tant à destination des résidents que des familles. Les raisons du passage à 3 composantes au dîner ne sont pas qu'économiques. Il vise à concilier un meilleur apport nutritionnel avec une diminution du gaspillage alimentaire et des déchets.

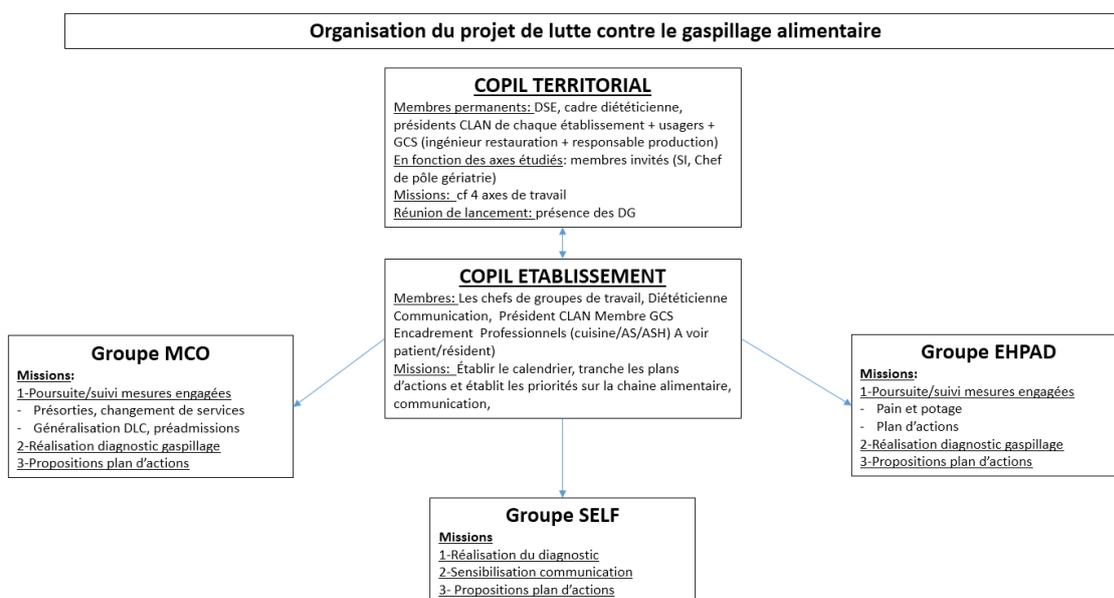
Ainsi, la structuration progressive en interne au centre hospitalier de Cannes d'une politique de réduction du gaspillage alimentaire permet à l'établissement d'être force territoriale de proposition sur cette thématique. Toutefois, une démarche pérenne de lutte contre le gaspillage alimentaire impliquera une structuration rigoureuse ainsi qu'une évaluation fréquente.

2.2 Une démarche pérenne de réduction du gaspillage alimentaire nécessiterait d'éviter certains écueils tout en assurant un pilotage cohérent, structuré et de long terme

2.2.1 *La structuration interne et externe du projet « moins gaspiller pour mieux manger » devra, en accord avec les établissements partenaires, être approfondie à moyen terme*

Afin de conduire efficacement un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire, il apparait pertinent de concilier une structuration interne et externe le long de la chaîne alimentaire.

L'organisation du projet « moins gaspiller pour mieux manger » pourrait être structurée ainsi :



Le COPIL territorial aurait pour mission d'assurer la coopération entre établissements et GCS tout en étudiant les axes de travail retenus.

Les objectifs du COPIL territorial seraient de travailler sur le haut de la chaîne alimentaire tout en étant une instance d'échange et de décision. A court terme, les trois axes de travail identifiés sont :

- La diminution des profils alimentaires ;
- Les dons alimentaires ;
- La filière « déchets alimentaires », tri des bio déchets.

Un équilibre entre intégration du plus grand nombre de parties prenantes et efficacité du pilotage devra être trouvé. Cet équilibre peut être déterminé en distinguant des membres permanents et des membres invités selon les thématiques traitées.

Les membres permanents de chaque établissement pourraient être :

- Les directeurs des services économiques de chaque établissement ou leurs représentants ;
- Les cadres diététiciens de chaque établissement ou leurs représentants ;
- Les présidents de CLAN de chaque établissement ou leurs représentants ;
- L'ingénieur restauration et le responsable de production du GCS ;
- Des représentants d'usagers.

Les membres invités pourraient évoluer selon la thématique traitée :

- La filière déchets : les responsables RSE par exemple ;
- Le logiciel de commande repas : les responsables informatiques.

La fréquence de rencontre du COPIL territorial pourrait être trimestrielle.

La première réunion pourrait être fixée l'après-midi de la réunion du lancement du 16 octobre 2019.

Au niveau interne, la pérennité du projet de la réduction du gaspillage alimentaire nécessite également la mise en place d'un COPIL établissement :

A court terme les objectifs du COPIL établissement seraient de :

- Réaliser la note de cadrage du projet, c'est-à-dire la reformulation des objectifs du projet + macro-planification calendrier ; (3 grandes dates à déterminer : diagnostic, causes du gaspillage et plan d'actions) ;
- Définir le fonctionnement même du COPIL : rythme des réunions, moyens de communication (mails ou autres applications) ;
- Déterminer les modalités générales de fonctionnement des groupes de travail (rédiger les lettres de missions des chefs de groupe travail ; définir les responsabilités des groupes de travail) ;

Dans la conduite du projet :

- Assurer le suivi des travaux des groupes de travail (avaliser les grandes étapes du projet : diagnostic, plan d'actions) à partir notamment du plan d'actions présenté précédemment ;
- Animer la communication du projet (événementiel, communication) ;
- Arbitrer les décisions/propositions des groupes de travail ;
- Assurer le suivi de la mise en place des actions identifiées.

La composition du COPIL pourrait s'organiser ainsi :

Le(s) chef(s) de projet identifié dans l'établissement : directeur adjoint en charge du dossier ;

Les chefs de groupes de travail ;

Un diététicien ;

Le chargé de communication ;

Un ou plusieurs médecin(s) nutritionniste(s) (CLAN) ;

Un ou plusieurs cadres de santé ;

Des professionnels de cuisine (cuisine/AS/ASH) ;

Un ou des usagers.

Afin de garantir un travail sur l'ensemble du CH de Cannes, la mise en place de groupes de travail par secteur pourrait être pertinente.

Certains objectifs seraient partagés quel que soit le groupe de travail. Ainsi, la réalisation d'un diagnostic précis par la réalisation de pesée se ferait à la fois au self, en MCO et en EHPAD. Les objectifs à ce niveau sont de :

- Quantifier le gaspillage et estimer son coût (sous objectif : répondre aux deux questions où se trouve le gaspillage ? combien coûte le gaspillage ?) ;
- Comparer les résultats (par type d'établissement, mode de gestion (autogéré ou concédé), mode de distribution (liaison froide, liaison chaude ou cuisine sur place) et nombre de convives et comparaison dans le temps ;
- Identifier les causes du gaspillage alimentaire.

Au niveau du groupe MCO, eu égard au nombre de services, la réalisation de pesée pourrait se faire par étape en ciblant quelques services volontaires.

Après la réalisation de pesée, il conviendrait de compléter le plan d'actions interne en faveur de la lutte contre le gaspillage alimentaire :

Les principaux objectifs à ce niveau sont de :

- Choisir les actions qui réduiront durablement le gaspillage ;

- Pérenniser les actions : intégrer la réduction du gaspillage alimentaire dans les pratiques de la structure ;
- Sensibiliser les professionnels et les convives au gaspillage, à la valorisation de l'alimentation ;
- Réduire au maximum le gaspillage dans les assiettes pour ajuster au mieux les commandes.

La composition des groupes de travail n'a pas vocation à être identique selon le secteur mais pourrait être constituée ainsi :

- Un chef de groupe de travail (qui anime le groupe de travail et est membre du COPIL, il détermine le calendrier/la progression conformément aux objectifs du COPIL, il choisit les membres de son équipe, il prévoit le calendrier de travail) ;
- Un cadre ou cadre supérieur ;
- Un soignant ;
- Un médecin ;
- Un patient/résident ;
- Un responsable d'unité relais.

Afin de permettre une mise en œuvre plus rapide des groupes de travail, il pourrait être tenu compte des actions déjà entreprises en faveur du gaspillage alimentaire et des groupes de travail qui s'étaient alors constitués⁶⁹.

Groupe MCO :

Il conviendrait de poursuivre les travaux engagés (cf groupe gestion des plateaux repas) sur :

- L'évaluation des plateaux entrants en augmentant encore les préadmissions pour les entrées programmées ;
- Les interfaces entre le logiciel TU des urgences et patients DX CARE pour les urgences non programmées ;
- Le changement de service ; la saisie des sorties avant 14h30 (la pré-sortie des patients).

Propositions d'autres sujets : vigilance lorsque deux plateaux sont commandés pour un même patient (cf plateau entrant pour un patient à qui l'on a déjà donné un plateau) ; approfondissement du travail sur les compléments nutritionnels oraux ; travail sur les prestations annexes (toutes les dépenses en sus non liées au coût de l'unité d'œuvre).

⁶⁹ « *Le passé n'éclairant plus l'avenir, l'esprit marche dans les ténèbres* » DE TOCQUEVILLE A, De la démocratie en Amérique, 1840

Groupe EHPAD :

Il conviendrait de poursuivre les travaux engagés sur :

- Le gaspillage du pain (problème sur le fait que l'on coupe le pain à l'avance par exemple) ;
- Le potage en EHPAD ;
- Problème des doublons (prestations + menus normaux).

Propositions d'autres sujets : travail sur les prestations annexes (toutes les dépenses qui ne sont pas reliées à l'unité d'œuvre).

Groupe Self :

Reprendre le travail qui a été réalisé il y a quelques années avec la commission self du CH de Cannes.

Propositions d'autres sujets : Le self constitue également le lieu privilégié pour :

- Mettre en place le tri des bio déchets par les convives directement ;
- Sensibiliser les professionnels au gaspillage alimentaire (campagne d'information, mise en place d'un gachimètre).

2.2.2 Au-delà de la structuration, la mise en place pérenne d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire implique d'éviter certains écueils dans la conduite du projet

La richesse du projet « moins gaspiller pour mieux manger » réside dans son triple objectif porteur de sens.

Le projet de lutte contre le gaspillage alimentaire « moins gaspiller pour mieux manger » ne peut – sans entrainer de risque quant à sa pérennité – privilégier un objectif par rapport à un autre. Favoriser l'objectif de maîtrise budgétaire entrainerait une perte de sens et ne permettrait pas de réunir des professionnels d'horizons aussi divers que ceux intervenant dans la chaîne alimentaire. Privilégier l'aspect environnemental pourrait être néfaste pour la satisfaction du résident ou du patient et donc la dimension qualitative du projet, voulant faire de l'alimentation un soin. Enfin, écarter la dimension budgétaire et la maîtrise des coûts liées à l'alimentation n'apparaît à l'heure actuelle pas soutenable financièrement au regard de la situation budgétaire des établissements parties au GCS. Dès lors, c'est bien dans l'équilibre fragile de l'atteinte à ces trois objectifs que le directeur d'hôpital pourra convaincre de la nécessité de réaliser et mener un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire car « *au fond être un chef c'est créer la dynamique dont le moteur est l'adhésion des autres*⁷⁰ ».

⁷⁰ DE VILLIERS P, Qu'est-ce qu'un chef, Fayard, 2018 p 92

Le portage politique des directions générales des établissements est indispensable pour surmonter les désaccords éventuels au niveau du COPIL territorial.

Le travail relatif aux profils alimentaires a déjà par le passé été source d'opposition notamment entre diététiciennes des différents établissements. De même, les sujets de désaccord peuvent être plus ou moins nombreux entre les établissements – qui poursuivent leurs objectifs – et le GCS qui a ses propres objectifs. A titre d'exemple, les limites de prestations – qui consistent à distinguer les tâches qui appartiennent au GCS de celles qui appartiennent aux établissements – constitue un sujet de désaccord fréquent. La réussite du projet « moins gaspiller pour mieux manger » devient stratégique au niveau de l'amont de la chaîne alimentaire. C'est ce qui fait la richesse mais également toute la complexité de ce projet. Aussi, un engagement des directions générales et l'adoption d'une politique alimentaire et nutritionnelle commune par les directions générales et le directeur du GCS pourraient constituer une première étape pour prévenir les blocages éventuels entre les différents acteurs.

Afin d'assurer une mise en place pérenne d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire, il convient d'approfondir la relation de confiance partenariale entre les établissements et le GCS.

Créé en 1999 sous la forme d'un SIH et mis en place en 2005, le GCS constitue une forme hybride d'externalisation publique de la fonction restauration pour les établissements. Aussi, il conviendrait de cumuler les avantages d'une externalisation – une meilleure maîtrise des approvisionnements, une plus grande performance et expertise dans le domaine de la restauration – tout en s'appuyant sur une réelle proximité entre le GCS et les établissements favorables aux échanges et au dialogue. Cette proximité entre le GCS est historique et s'exprime en matière de ressources humaines. *« Afin de permettre la transformation rapide du Syndicat, tout en préservant les intérêts des agents concernés, le centre hospitalier d'Antibes, le centre hospitalier de Cannes et le centre hospitalier de Grasse ont décidé d'intégrer dans leurs effectifs propres l'ensemble des personnels du Syndicat concernés⁷¹ »*. De surcroît, ce lien étroit perdure au niveau juridique dans l'évaluation des personnels mis à disposition du GCS : *« par principe les membres du GCS mettent à disposition du GCS (...) les personnels qui correspondent quantitativement et qualitativement aux moyens humains qui sont nécessaires la réalisation de son objet social (...). Placés sous l'autorité fonctionnelle de l'administrateur du GCS et du directeur, les agents demeurent sous l'autorité hiérarchique de l'établissement public de santé*

⁷¹ Préambule de la convention constitutive du GCS-SIH, PREFET DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR. Annexe à l'arrêté n °2013345-0001 du 11 décembre 2013 - convention constitutive du GCS "Services inter hospitaliers Cannes- Grasse- Antibes- Fréjus". Recueil des actes administratifs spécial n° 98 de décembre 2013, Convention n°2013337-0012 du 20 décembre 2013 modifiée le 26 novembre 2015

*employeur*⁷²». Ainsi le gaspillage alimentaire pourrait constituer la thématique permettant de concilier les avantages d'une externalisation sans en subir les risques et effets pervers (perte de contrôle et de maîtrise vis-à-vis du prestataire).

⁷² Ibid. Article 14-2

Conclusion

L'instauration et la conduite d'une démarche pérenne de lutte contre le gaspillage alimentaire constituent un défi pour le directeur d'hôpital. Si la réduction du gaspillage alimentaire constitue un sujet fédérateur – répondant à des enjeux divers mobilisateurs pour des professionnels aux profils variés – la conduite d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire peut apparaître délicate. Elle n'en demeure pas moins stimulante. Un projet de lutte contre le gaspillage – notamment quand il implique une dimension de coopération territoriale – doit s'inscrire dans une démarche progressive. C'est la raison pour laquelle le travail relatif à la mise en place des conditions d'existence du projet de lutte contre le gaspillage alimentaire à Cannes est une étape certes insuffisante mais néanmoins indispensable à la réussite de la mise en œuvre d'une démarche pérenne de réduction du gaspillage alimentaire.

Pour un élève directeur, travailler sur le sujet du gaspillage alimentaire constitue une opportunité. Le gaspillage alimentaire au centre hospitalier de Cannes recouvre en effet un large éventail de matières nécessaires au directeur d'hôpital. Le gaspillage alimentaire fait en effet appel à :

- Des savoirs divers : juridique (législation relative au gaspillage alimentaire, étude de la convention constitutive et du règlement intérieur du GCS) ; économique (suivi des dépenses d'alimentation, pilotage et projection budgétaires) ; veille sur les innovations en matière de réduction du gaspillage alimentaire ;
- De compétences variées : savoir convaincre et fédérer, être en capacité de négocier avec des partenaires, être en mesure de s'adapter aux nombreux acteurs intervenant sur la chaîne alimentaire ;
- Une conciliation entre les dimensions pratique et théorique : si la conceptualisation est essentielle pour penser aux objectifs et à une organisation optimale de conduite de projet, la mise en œuvre opérationnelle doit être pleinement intégrée dans le projet pour favoriser sa réussite.

Ce dernier point, qui nécessite à la fois une compréhension du fonctionnement du terrain, de garder à l'esprit la raison d'être du service public hospitalier – le service au patient – et la capacité à définir une orientation et une ambition, illustre certes la difficulté du métier de directeur d'hôpital mais également sa richesse.

Bibliographie

Textes juridiques et réglementaires

Lois :

- Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte. Journal officiel n°0189 du 18 août 2015 page 14263 texte n° 1, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031044385&categorieLien=id>
- Loi n° 2016-138 du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire. Journal officiel n°0036 du 12 février 2016 texte n° 2, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032036289&categorieLien=id>
- Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous. Journal officiel n°0253 du 1 novembre 2018 texte n° 1, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037547946&categorieLien=id>

Codes :

Code rural et de la pêche maritime

Code de santé publique

Décrets :

- MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION. Décret n° 2019-351 du 23 avril 2019 relatif à la composition des repas servis dans les restaurants collectifs en application de l'article L. 230-5-1 du code rural et de la pêche maritime. Journal Officiel n°0096 du 24 avril 2019 texte n° 23, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038403867&categorieLien=id>
- MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ENERGIE ET DE LA MER. Décret n° 2016-288 du 10 mars 2016 portant diverses dispositions d'adaptation et de simplification dans le domaine de la prévention et de la gestion des déchets. Journal officiel n°0061 du 12 mars 2016 texte n° 4, disponible sur internet :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032187830
&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032187830&categorieLien=id)

Circulaire :

DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS, Circulaire n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Bulletin officiel n° 2002-16, disponible sur internet : https://www.sfnm.org/images/stories/textes_reglementaires/Cicurlaire_DHOSE.pdf

Pacte :

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION. Pacte national de lutte contre le gaspillage alimentaire, lancé par le secrétaire d'Etat Guillaume Garot le 14 juin 2013, disponible sur internet : <https://agriculture.gouv.fr/presentation-du-pacte-national-de-lutte-contre-le-gaspillage-alimentaire>

Charte :

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Charte relative au « mieux manger et moins jeter en EHPAD », lancée par Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat en charge de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie, le 9 décembre 2015, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_mieux_manger_moins_jeter_en_ehpad.pdf

Autres sources juridiques :

- DIRECTEURS DES CENTRES HOSPITALIERS DE CANNES, GRASSE, FREJUS, ANTIBES, MENTON, DU CENTRE HOSPITAIRE UNIVERSITAIRE DE NICE ET DU GCS. Règlement intérieur du groupement de coopération sanitaire du « services inter hospitalier Cannes, Grasse, Fréjus, Antibes, Menton, Nice ». Version issue de l'Assemblée générale du 13 juin 2016
- PREFET DE LA REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR. Annexe à l'arrêté n°2013345-0001 du 11 décembre 2013 - convention constitutive du GCS "Services inter hospitaliers Cannes- Grasse- Antibes- Fréjus". Recueil des actes administratifs spécial n° 98 de décembre 2013, Convention n°2013337-0012 du 20 décembre 2013 modifiée le 26 novembre 2015

Conférences et colloques

Conférences :

- COLL, *La réduction du gaspillage alimentaire et gestion des biodéchets en structure sanitaire*, 7 Juin 2016, centre hospitalier du Mans
- COLL, *Une alimentation saine dans le respect de l'environnement au sein des établissements de santé*, 1^{er} février 2018, Marseille

Communications lors des conférences et colloques :

- CANITROT PN, « les évolutions réglementaires relatives à l'alimentation dans les établissements de santé », *L'alimentation responsable dans les établissements de santé et médico-sociaux*, 7 juin 2019, Centre hospitalier Henri Guérin Pierrefeu-du-Var
- DR AUSSEL C, « Introduction à la séance », *la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge*, 18 mars 2015, Académie Nationale de Pharmacie
- MOY S, « Lutte contre le gaspillage alimentaire : l'exemple du centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon », *L'alimentation responsable dans les établissements de santé et médico-sociaux*, 7 juin 2019, Centre hospitalier Henri Guérin Pierrefeu-du-Var
- PR. CYNOBER L, « Introduction de la séance », *la dénutrition à l'hôpital : de la physiopathologie à la prise en charge*, 18 mars 2015, Académie Nationale de Pharmacie

Ouvrages

Ouvrages :

- DE VILLIERS P, *Qu'est-ce qu'un chef*, Fayard, 2018, p. 92
- FLAUBERT G, *Le Dictionnaire des idées reçues*, Paris, Libro, 2008, p. 32.
- KINGDON J, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, 1984
- LAHIRE B, *Pour la sociologie. Et pour en finir avec une prétendue "culture de l'excuse"*, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2016

Ouvrages collectifs :

- CANO N ET COLL, *LA SOCIETE FRANCOPHONE DE NUTRITION ENTERALE ET PARENTERALE, Traité de nutrition artificielle de l'adulte*, Paris : Springer, 2007

- NAVARRO DA ET COLL, US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients, NCBI, 2016

Cours :

MANCKOUNDIA P, PFITZENMEYER P, RAPIN C, « Ethique et nutrition », *Cours dans le cadre du DIU de Soins Palliatifs et Accompagnement, 2009-2011*, Avril 2010, Nancy-Dijon

NONJON M, « Analyse des politiques publiques », *Cours dans le cadre de la deuxième année d'étude à l'institut d'études politiques d'Aix-en-Provence, 2012*, Aix-en-Provence

Rapports

- ADEME, 2016, *Approche du coût complet des pertes et gaspillage alimentaire en restauration collective*, disponible sur internet : <https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2016/09/cout-complet-pertes-gaspillage-restauration-collective-rapport.pdf>
- ADEME, 2016, *Pertes et gaspillages alimentaires : l'état des lieux et leur gestion par étapes de la chaîne alimentaire*, disponible sur internet : <https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/pertes-et-gaspillages-alimentaires-201605-rapport.pdf>
- ADEME, 2017, *Réduire le gaspillage en restauration collective*, disponible sur internet : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/reduire-gaspillage-alimentaire-en-restauration-collective_010256.pdf
- ADEME, 2018, *Le gaspillage alimentaire dans la restauration collective*, disponible sur internet : <https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/infographie-faits-chiffres-gaspillage-alimentaire-restauration-collective.pdf>
- ADEME, 2018, *Restauration collective, réaliser un diagnostic du gaspillage alimentaire*, disponible sur internet : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/gaspillage-alimentaire-restauration-collective-memopourdiagnostic_010642.pdf
- CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 2017, *Alimentation en milieu hospitalier, avis 78, adopté à l'unanimité lors de la séance plénière du 4 juillet 2017*, disponible sur internet :
- https://www.acadpharm.org/dos_public/Avis_78.pdf
- MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORET, 2011, *Pertes et gaspillages alimentaires, Marges de manœuvre et verrous au stade de la remise directe au consommateur (distribution et restauration) et en restauration collective*, disponible sur internet : file:///C:/Users/user/Downloads/pertes-gaspillages_rapport270112_cle02c35d.pdf

- THE ADVISORY GROUP ON MALNUTRITION, 2009, *Combating malnutrition: recommendations for action*, disponible sur internet : https://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/advisory_group_report.pdf

Articles de presse

- EUSTACHE S, 2018, « Le gaspillage alimentaire divisé par 10 au CH d'Avignon », *Techopital*, disponible sur internet : https://www.techopital.com/le-gaspillage-alimentaire-divise-par-10-au-ch-d-avignon-NS_3497.html
- WATREMETZ L, 2018, « L' Ehpad du CH de Lisieux veut adapter ses menus aux petits mangeurs », *Hospimedia*, disponible sur internet : <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20181030-restauration-l-ehpad-du-ch-de-lisieux-veut>

Audit

ECG MEDITERRANEE, 2016, GCS Cannes Grasse Antibes Fréjus, proposition de la stratégie d'optimisation de l'efficience

Liste des annexes

- ANNEXE I. Liste des personnes rencontrées ou interviewées dans le cadre du mémoire II
- ANNEXE II. Synthèse des guides de bonnes pratiques de lutte contre le gaspillage alimentaire III
- ANNEXE III. Plan d'actions de lutte contre le gaspillage alimentaire du centre hospitalier de Cannes IX
- ANNEXE IV. Compte rendu de l'entretien du 18 mars 2019 avec M Philippe Julé, directeur adjoint de la fonction restauration aux HCL X
- ANNEXE V. Compte rendu des entretiens du 11 avril 2019 avec différents interlocuteurs du Centre Hospitalier Henri Duffaut d'Avignon le 11 avril 2019 XIII

**ANNEXE I. Liste des personnes rencontrées ou interviewées dans le cadre du
mémoire I**

Groupement de Coopération Sanitaire « Hôpitaux de la côte d'Azur »

Mme Suzanne Herdt, responsable de production

M. Alain Lang, ingénieur restauration

M. Etienne Arenilla, directeur

M. François Xavier Tilmant, responsable unité relais

M. Laurent Mirabel, adjoint du responsable de l'unité relais

Centre Hospitalier Henri Duffaut Avignon

Mme Myriam Carloni, diététicienne

Mme Sandrine Moy, responsable RSE

M. Franck Henry, responsable restauration et URH

**Conférence L'ALIMENTATION RESPONSABLE DANS LES ETABLISSEMENTS DE
SANTÉ ET MEDICO-SOCIAUX, 7 juin 2019 au centre hospitalier Henri Guérin**

Mme Fanny Augier, chargée de mission du comité développement durable santé

M. Olivier Toma, fondateur Primum non Nocere

M. Pierre Noël CANITROT, chargé de mission alimentation, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et des forêts

Hospices Civils de Lyon

M. Philippe Julé, directeur adjoint restauration

ANNEXE II : Synthèse des guides de bonnes pratiques de lutte contre le gaspillage alimentaire

1^{ère} phase : Réaliser le diagnostic du gaspillage alimentaire afin de le quantifier (volume et coût) et d'identifier les leviers d'amélioration

Pourquoi faire un diagnostic ? :

- Sensibiliser les convives et le personnel de restauration (enjeux de communication interne) ;
- Quantifier le gaspillage et estimer son coût (sous objectif : répondre aux deux questions où se trouve le gaspillage ? combien coûte le gaspillage ?) ;
- Comparer les résultats (par type d'établissement, mode de gestion (autogéré ou concédé), mode de distribution (liaison froide, liaison chaude ou cuisine sur place) et nombre de convives et comparaison dans le temps.

Comment faire un diagnostic ? :

	Aliments à peser	Finesse des pesées	Durée des pesées	Calculer le coût	Actions complémentaires
NIVEAU 1 1 	Tous les déchets alimentaires	Peser les restes de pain séparément des autres aliments	Trois jours consécutifs, en évitant les services peu représentatifs	Ratio simple : 0,20 € / 100 g de gaspillage	Sensibiliser les convives : affiches sur le gaspillage, communication sur les aliments de qualité...
NIVEAU 2 2 	Restes consommables uniquement	NIVEAU 1 + Séparer les « restes préparés non servis » des « retours plateaux »	Une semaine	Utiliser le coût matière moyen* de l'année précédente	Mobiliser le personnel : évolution des pratiques, formations, recettes anti-gaspi...
NIVEAU 3 3 	Restes consommables uniquement	NIVEAU 2 + Peser séparément les composants	Pesées sur un cycle complet du plan alimentaire	Utiliser la valeur réelle des produits** gaspillés sur la période de pesée	Fixer des objectifs de réduction et prévoir de nouvelles pesées après une période d'action

* Coût matière moyen : ratio en € / 100 g calculé sur une année, connaissant le prix et le poids totaux des denrées achetées en un an.

** Valeur réelle des produits : coût du gaspillage rapporté aux prix d'achat réel des produits.

73

Niveau 1 : on n'a jamais réalisé de pesée et on souhaite entamer la démarche sur les aliments finissant à la poubelle.

Niveau 2 : on a déjà réalisé des pesées simples et on souhaite affiner les résultats pour identifier les leviers d'action.

Niveau 3 : on fixe à ce niveau des objectifs de réduction de gaspillage dans le temps.

⁷³ ADEME, 2018, *Restauration collective, réaliser un diagnostic du gaspillage alimentaire*, disponible sur internet : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/gaspillage-alimentaire-restauration-collective-memopourdiagnostic_010642.pdf

Quel est le matériel nécessaire pour réaliser un diagnostic ? :

- Sceaux ou table de tri ;
- Balance ou peson pour peser les aliments ;
- Grille de pesée : pour cela, de nombreux documents sont disponibles sur www.optigede.ademe.fr/gaspillage-alimentaire (boîte à outils) + autres documents.

Où se trouve le gaspillage alimentaire ? ⁷⁴

Le gaspillage alimentaire se trouve sur l'ensemble de la chaîne alimentaire.

Niveaux	Principales sources	
En cuisine	Menu	Menu inadapté aux convives
	Commande	Surestimation des quantités achetées
	Stock	Erreur de manipulation ou de stockage, gestion non planifiée
	Préparation	Surévaluation des quantités cuisinées
	Gestion des restes	Surplus non réutilisé (convives, personnel, associations...)
Lors du service	Service, distribution	Portions mal adaptées aux faims, manque d'accompagnement des convives
À la fin de la consommation	Consommation	Consommateurs n'appréciant pas certains plats, manque de temps pour déjeuner, cadre peu propice au plaisir de manger

Comment évaluer le coût du gaspillage alimentaire ?

Le coût du gaspillage alimentaire doit tenir compte de l'ensemble des coûts liés aux opérations de transport des aliments, de stockage (consommation énergétique liée au maintien au froid ou au chaud des denrées), de préparation : temps passé par l'équipe de cuisine à préparer ces aliments et consommation énergétique liée à la cuisson, et de gestion des déchets ;

Exemple : pour une maison de retraite de 30 résidents, le gaspillage peut être estimé à 3,2 tonnes par an, soit l'équivalent de 13 000 repas pour un coût de 19 000 €/an

Bonnes pratiques :

Différencier diagnostic selon les prises en charge/moments de la chaîne de production : En EHPAD et centre d'accueil médicalisé, les pesées sont obtenues à partir des plats non servis conditionnés en barquettes collectives et des restes à l'assiette des différents repas. Collectés durant une durée donnée, ces derniers sont triés, puis pesés. Les chiffres relevés (en gramme) sont dès lors saisis dans un tableau récapitulatif de pesées ; en MCO, les quantités jetées sont recueillies quotidiennement à partir des plateaux individuels non

⁷⁴ Le guide pratique ADEME : RÉDUIRE LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE EN RESTAURATION COLLECTIVE, juin 2016

servis. Compilés dans un tableau de suivi, ces renseignements sont également caractérisés par leurs causes de non-distribution. ; à l'unité de production et au restaurant du personnel, c'est le nombre de parts jetées qui est pris en compte. Chaque jour, celui-ci est relevé avec son type de conditionnement, puis saisi dans un autre tableau de suivi du gaspillage alimentaire.

La sensibilisation du personnel de la restauration collective/des convives : La présentation de guide qui propose des actions à l'ensemble des niveaux de la chaîne alimentaire ; la mise en œuvre de groupe de réflexion ; la mise en œuvre d'ateliers de démonstration ; la mise en ligne de vidéos traitant un thème particulier sous forme d'interview ou de reportage.

S'ouvrir sur l'extérieur : Structure de tutelle/de gestion : ARS/ les acteurs territoriaux à compétences déchets/ organismes de formation (CNFPT, IREPS)/ ADEME/ ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt/ France nature environnement/ UDIHR : union des ingénieurs hospitaliers en restauration / Restau'Co/ Eqosphere/ UNCPIC Union nationale des centres permanents d'initiatives pour l'environnement + question directions autres membres GCS.

S'associer à des partenaires caritatifs : Les plats cuisinés non consommés, d'une date limite de consommation d'une journée minimum, sont retirés 4 fois par semaine sur place par les bénévoles d'associations locales partenaires.

Externaliser la gestion des biodéchets : Un travail collaboratif en interne sur le tri sélectif permet aujourd'hui aux agents hôteliers de séparer les déchets au moment du ramassage (tri plastique et restes alimentaires). L'objectif poursuivi à terme est que tous les déchets valorisables (verre, carton, conserves...) soient ramassés et traités par une entreprise extérieure.

2^{ème} phase : comprendre les causes du gaspillage alimentaire afin d'identifier les leviers d'amélioration

Objectifs :

- Déterminer les causes de l'arbitrage (et la méthodologie retenue) ;
- Identifier les leviers d'amélioration.

Quelles sont les causes du gaspillage ?

Plusieurs approches peuvent être retenues sur ce point, il faudra déterminer la méthodologie retenue.

Exemple de tableau à renseigner, abordant les différents niveaux de gaspillage

Identification des principales causes de gaspillage alimentaire du restaurant	
Menu	Le menu est-il adapté aux convives ? Les convives sont-ils invité à faire part de leur avis ?
Production	Existe-t-il des variations importantes entre le nombre de convives prévu par le chef et l'effectif réel ?
Gestion des surplus	Même en ajustant au mieux, peut-il encore y avoir des excédents ? Pourquoi ?
Service	Les portions sont-elles adaptées aux différentes faims ? L'environnement est-il propice pour déjeuner ? S'il y a des enfants, sont-ils accompagnés dans leur choix ?
Consommation	Quels sont les aliments prioritairement concernés par le gaspillage : pain, viande, légumes, féculents ?

Autre approche⁷⁵ :

Causes liées aux patients/résident : Ses caractéristiques (âge, appétit, préférences culturelles et personnelles) ; sa pathologie (l'anorexie secondaire due à la maladie et aux traitements prescrits) ; sa capacité à se nourrir (niveau d'autonomie, régime, texture, incapacité à mâcher) ; Son activité (sédentarité, activité physique).

Causes liées à l'institution : les horaires de soins et de repas (temps pour déjeuner, interruption) ; le lieu de consommation (pertes plus importantes pour le service en chambre 165g par convive par repas contre 129 à table et 108 au self restaurant) ; l'environnement (ambiance / odeurs bruit luminosité, plan de table, animation) ; l'accompagnement (Présence ou non de la famille ou du personnel, animations en EHPAD).

Causes liées aux soins : conditions d'accueil du patient (préparation et Installation du patient, prise de commande des repas) ; organisation du service des repas (horaires du repas) ; prise en charge au moment du repas (aide ou non à l'alimentation), prise des médicaments ; ressources humaines : présence ou non d'une diététicienne, formation / qualification des soignants à l'hôtellerie, existence de protocoles ou de guide hôtelier.

⁷⁵ COLL, *La réduction du gaspillage alimentaire et gestion des biodéchets en structure sanitaire*, 7 Juin 2016, centre hospitalier du Mans

Causes liées à la restauration : le contenu des repas : commissions, qualité gustative ; la fabrication des repas : cuisson de nuit, type de liaison, respect des fiches techniques ; la distribution des repas : prise de commande ; les équipements hôteliers nécessaires dans les offices (remise en température : microonde, thermo-contact, air pulsé), la présentation du plateau : l'influence de la présentation du plat sur sa consommation par le patient a été démontrée par différentes études⁷⁶.

Les bonnes pratiques

Travailler sur les grandes causes du gaspillage : la surestimation des quantités commandées, préparées et servies, la difficulté de faire consommer certains plats équilibrés, le gaspillage du pain.

Concevoir un gachimètre pour le pain : dans un lycée de Lamballe (22), le gaspillage du pain mesuré à 34 kg/semaine lors de la phase de diagnostic, a été réduit à 26 kg/semaine.

⁷⁶ NAVARRO DA ET COLL, US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients, NCBI, 2016

3^{ème} phase : déterminer un plan d'actions correctrices pour faire de la réduction du gaspillage un objectif de l'établissement

Objectifs :

- Bien définir les objectifs de réduction du gaspillage (Quoi ? combien ? Comment ?) ;
- Choisir les actions qui réduiront durablement le gaspillage ;
- Pérenniser les actions : intégrer la réduction du gaspillage alimentaire dans les pratiques de la structure ;
- Sensibiliser les professionnels et les convives au gaspillage, à la valorisation de l'alimentation ;
- Réduire au maximum le gaspillage dans les assiettes pour ajuster au mieux les commandes.

Comment bien définir les objectifs de réduction du gaspillage alimentaire ?

Etablir par niveau de la chaîne alimentaire les différents objectifs et les actions qui permettront de les atteindre

- Niveau 1 : production et menu (le chef et le gestionnaire) ;
- Niveau 2 : service et distribution (personnels de cuisine et de surveillance) ;
- Niveau 3 : consommation (les convives et professionnels du site).

Comment pérenniser les actions ?

Pour pérenniser les actions, il est nécessaire de :

- Intégrer les pratiques de réduction du gaspillage alimentaire dans les procédures de la structure, les fiches de postes et les consultations auprès des professionnels ;
- Prévoir une formation continue des professionnels sur le sujet ;
- Prévoir de mobiliser régulièrement les différents acteurs, lors de la présentation de leur mission, du fonctionnement de la structure ;
- Suivre régulièrement l'évolution du gaspillage ;
- Organiser des évènements :
 - La semaine du développement durable en avril ;
 - La semaine du goût et la journée nationale de lutte contre le gaspillage alimentaire en octobre,
 - La semaine européenne de réduction des déchets fin novembre.

ANNEXE III : plan d'actions de lutte contre le gaspillage alimentaire, centre hospitalier de Cannes

Revue de projet DMO Alimentation 2019, MAJ le 24/07/2019 par PS et RP											
PROJETS	ETAPES	PERIMETRE	OBJECTIF(S)	ACTION(S) MISES EN ŒUVRE	PILOTE (S)	DEBUT PREVU	ECHÉANCE	ETAT AVANCEMENT	COMMENTAIRES		
GASPILLAGE ALIMENTAIRE	ETUDE PROJET	CH	Proposer projet de lutte contre le gaspillage alimentaire	Analyser bonnes pratiques	x	01/01/2019	31/08/2019				
				Réaliser un benchmark	x	01/01/2019	31/08/2019				
				Etudier les enjeux réglementaires	x	01/01/2019	31/08/2019				
				Maquetter existant au CHC	x	01/01/2019	31/08/2019				
				Proposition organisation et conduite projet	x	01/01/2019	31/08/2019				
				Définir format, lieu et personnes présentes	x	20/05/2019	01/07/2019				
	P R O D U I T I O N	CH	Améliorer les menus	Améliorer adéquation de la production aux besoins	Revoir le grammage de certains plats pour population EHPAD	x	01/10/2019	31/12/2019			
				Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
		MCO	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
		MCO	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
		U N I T É R E L A T I S	MCO	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019		
					Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019		
			EHPAD	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019		
					Améliorer l'adéquation de la production aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019		
	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins				Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
	Améliorer l'adéquation de la production aux besoins				Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
	D I S T R I B U T I O N	CH	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
		MCO	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
		EHPAD	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
C O N S O M M A T I O N		CH	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
				Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019			
	EHPAD	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer l'adéquation de la distribution aux besoins	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
BUDGET ALIMENTATION	DEPENSES ALIMENTATION	Piloter les dépenses d'alimentation	Améliorer la satisfaction des résidents	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer la nutrition des résidents	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer la nutrition des résidents	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
	RECETTES ALIMENTATION	Optimiser les recettes d'alimentation	Améliorer la satisfaction des résidents	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer la nutrition des résidents	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
			Améliorer la nutrition des résidents	Réaliser le projet 3 composantes certains soirs en EHPAD	x	01/01/2019	30/06/2019				
MARCHE DIETETIQUE	COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CH)	Relancer marché (fin exécution 31/10/19)	Converger avec GHT (convention UNHHA)	x	01/04/2019	01/04/2019					

ANNEXE IV. Compte rendu de l'entretien du 18 mars 2019 avec M Philippe Julé,
directeur adjoint de la fonction restauration aux HCL

Réduire le gaspillage alimentaire est une action de long terme. Aussi, différentes actions ont été menées au sein des HCL

Sur la partie production

Diminution des profils alimentaires

Passage de 38 à 27 profils alimentaires : une production moins diversifiée permet de diminuer le gaspillage. Aussi, le menu normal convient également aux patients diabétiques (viande, féculent et légume dans la même barquette benchmark réalisé au près du CHU de Toulouse).

Méthodologie : révision des profils alimentaires pour répondre au mieux aux besoins des patients avec validation du CLAN.

Mise en place d'une enquête de satisfaction des patients

Enquête réalisée en face à face (accompagnement par un prestataire externe), pour mieux mesurer les attentes des patients (on s'est rendu compte de l'insatisfaction sur la viande et les assaisonnements ; demande de plat plus simple et plus gouteux).

Augmentation des durées de conservation

Un travail important avec des investissements substantiels a été réalisé sur les durées de conservation, qui ont été portées à 11 jours (à l'origine de 3 à 5 jours). Les investissements ont porté entre autres sur l'injection de gaz pour allonger les durées de conservation.

Cela permet de baisser le gaspillage (on peut proposer une nouvelle fois le plateau dans le cycle des menus).

Sur le long séjour, diminution des viandes le soir

Diminution des viandes le soir car diagnostic d'un gaspillage important. Aussi, préférence pour d'autres plats tels que les gratins qui sont une source de protéine.

Passage de 5 composantes à 4 mais pour le moment pas de 4 à 3 pour deux raisons principales :

- La solution d'enrichissement retenue n'apparaît pas satisfaisante en termes de goût ;
- Les familles des résidents ne sont pas convaincues par une diminution des composantes.

Sur les hôpitaux de jour, mise en place de collations

Arrêt des plateaux standard et complet car chronophage et beaucoup de gaspillage.

A la place, proposition de pauses gourmandes (collations) : boissons chaudes, café au lait, fromages secs, confiture. Pour certains services, des assiettes froides sont proposées (produits qui sont choisis par le patient à partir d'une carte qui leur est délivrée). Ce sont les membres des services qui font cela à partir d'une dotation hebdomadaire. La logique est inversée : on ne raisonne plus en termes d'aversions mais bien en fonction des souhaits du patient.

Au niveau du logiciel : Datameal Santé

Logiciel qui sert de gestion de production mais également de commandes repas. Il est directement relié au bureau des entrées : dès que le patient est entré, le repas est produit. Dès que le patient sort, la production du plateau s'arrête. Un des problèmes est le fait que la sortie n'est parfois pas enregistrée ce qui entraîne l'existence de plateaux fantômes.

Mise en place d'une application Qlikview (observer les corrélations entre l'activité hospitalière et la commande de repas). Toutefois, utilisation de l'application encore perfectible.

En termes d'organisation : semblable à celle de Cannes (différentiel etc.).

Au niveau du taux de destruction : repas préparés mais non distribués

- 2% au niveau du court séjour ;
- 7% sur le self.

Sur l'aval de la chaîne alimentaire

Mise en place du tri des biodéchets :

Au niveau du self et de l'unité de production.

L'idée a été d'associer au maximum le personnel qui trie lui-même ses déchets à la fin du repas (cela a permis de diminuer le nombre de personnels chargé de la plonge et de baisser les coûts de production et des déchets).

Résultat : cela a permis de diminuer de 2,10% le budget d'exploitation d'alimentation à Lyon Sud.

En termes de gestion de projet

Surtout, il convient de n'oublier personne, notamment la direction des systèmes d'information.

Le maître mot du projet : l'amélioration de la satisfaction du patient.

Durée du projet : minimum 1 an et demi.

Deux groupes de travail :

- Groupe sur production (directeur de la production chef de projet) ;
- Groupe sur distribution (directeur adjoint de la restauration chef de projet).

Importance de la communication pour le tri des biodéchets

La pesée : a été réalisée en interne en associant les professionnels. Entre le début et la fin du projet, le gaspillage alimentaire a été divisé par 3.

ANNEXE IV. Compte rendu des entretiens du 11 avril 2019 avec différents interlocuteurs du Centre Hospitalier Henri Duffaut d'Avignon

Agenda de la visite :

- 10h30 visite de l'UCPC (cuisine centrale) ;
- 12h-12h30 Visite distribution SSR Fontaine ;
- 13h-13h30 Visite de l'hôpital de jour d'oncologie ;
- 13h30-14h Visite de l'URH et bio déchets.

Self :

Tri : Tri d'une partie des déchets par les professionnels qui viennent pour le déjeuner (le tri est réalisé directement par les professionnels et concerne les déchets non alimentaires). Les déchets organiques sont triés par le personnel du self lui-même.

Volume : 650 à 750 repas par jour.

Caisse : On est capable de savoir ce qui a été consommé comme plats (et donc de déterminer les plats qui ont du succès).

Organisation : il y a une file repas à emporter.

Communication :

- Pas de « gachimètre » pour le pain pour le moment ;
- Communication : pour la mise en place du tri une personne présente pendant une semaine pour expliquer les raisons de cette évolution et faire adopter les bonnes pratiques.

L'URH

Il y en a deux au CH d'Avignon. Ces unités sont semblables aux cuisines relais du centre hospitalier de Cannes. Elles ont pour objet de :

- Réceptionner les aliments envoyés par la cuisine centrale ;
- Préparer les plateaux ensuite.

Il y a une URH pour MCO self et une autre pour SSR/rééducation/long séjour gériatrique.

Pour l'URH SSR/rééducation/long séjour gériatrique :

Ils réceptionnent et préparent les plateaux. Ils stockent l'épicerie (un des projets est de déplacer le stockage de l'épicerie dans les officines). Cette UHR concerne 200 patients environ.

Potage enrichi est en réflexion avec passage de 4 à 3 composantes derrière. L'idée serait de le proposer et non de l'imposer pour ne pas brusquer ni les résidents, ni les médecins, ni les familles.

Cuisine centrale

Volume de repas produits : 3500 repas par jour (pour self, MCO, long séjour, SSR et rééducation).

Dans la gestion des approvisionnements : Très peu de stock (moins qu'au GCS-SIH ils travaillent en flux tendus).

Cycle : 4 semaines de menus.

Travail sur les DLC : Pas de technique de vide gaz non plus (pas assez de production selon eux).

Ils découpent leur viande + réalisent des cuissons basse température pendant 16 heures afin d'avoir une meilleure qualité de viande.

Organisation de la cuisine centrale : semblable à celle du GCS avec la marche en avant :

- On reçoit les livraisons avec deux responsables magasins (ils passent par UNIHA) ;
- On stocke dans des chambres froides (également un endroit pour produits frais) ;
- On déconditionne, on lave les légumes on ouvre ensuite les boîtes de conserve.

Organisation des commandes : Logiciel de commande : elipse

8h45 commande plateaux et 15 h l'après-midi. Ce sera à l'URH de faire les plateaux. Ils organisent des zones tampon par service aussi (pour éviter les plateaux entrants). Par exemple : pour gérer les entrées, création de patients fictifs pour chaque service qui a accès aux principaux repas de son service.

Production à J-3 (ensuite on refroidit le tout et après liaison froide). Distribution ensuite dans deux lieux : UHR/self et UHR pour SSR/long séjour et rééducation.

Coût de production de la denrée : 2,16 euros.

Des idées :

- La cuisson sous vide basse température ;
- La barquette multi-composante (certes toujours en plastique comme le film plastique aussi mais le passage à une barquette multi-composante a permis de réduire le nombre de barquettes individuelles (80% des repas passent en dans cette barquette régime normal) et donc le coût des déchets ; le long séjour/SSR/rééducation est même passé de l'assiette à cette barquette avec beaucoup de succès : car portion correspondant mieux aux besoins + gain de temps pour les soignant leur permettant de se recentrer sur l'aide au repas + diminution du gaspillage de 80% à 50% ;
- La préparation froide pour les urgences, la médecine ambulatoire (on ne produit plus de plateaux « ordinaires » mais une salade composée froide en barquette) ;
- Préparation oncologie pour l'HDJ : très novateur : une barquette froide améliorée ;
- Beaucoup de fait maison : un dessin représentant un cuisinier sur le film plastique symbolise le fait maison : la moussaka ou encore le potage, le mixé également, les pizzas ;

- Organisation de confection des repas en plot (besoin de moins de personnel, plus grande responsabilisation, cela s'est fait au CH de Perpignan) mais pas au CH d'Avignon.

Sur le projet lui même

Réalisation des pesées : à partir des tableaux ADEME, les pesées ont été réalisées en interne. Pour la mise en place de la barquette multi composantes, ils ont fait une semaine de pesée et sont revenus ensuite un mois plus tard avec les nouvelles barquettes pour comparer.

Les pesées se poursuivent à un rythme d'une pesée par mois.

En parallèle a été mené un audit externe (pas simplement sur le gaspillage mais également sur l'organisation de la cuisine centrale + URH (planning, personnel, approvisionnement etc.).

L'équipe projet s'est structurée autour de l'appel à projets de l'ARS : réalisation d'un dossier (septembre octobre 2018) avec présentation du plan d'actions.

Communication : au self + via le magazine interne.

A cela s'est rajouté Ademe et Ecowastefood qui ont permis d'accueillir des délégations internationales.

Equipe pilote :

- Directeur ;
- Directrice des achats et de la logistique ;
- Responsable de la restauration production et qualité ;
- Responsable restauration distribution et achats ;
- Diététicienne.

POIGNAND

Romain

Octobre 2019

Directeur d'Hôpital

Promotion 2018-2019 « Albert Camus »

Prolégomènes à la lutte contre le gaspillage alimentaire en établissement public de santé

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /

Résumé :

La réduction du gaspillage alimentaire présente des enjeux non seulement de santé publique mais également économique, social et environnemental pour les établissements publics de santé.

Défini comme « *toute nourriture destinée à la consommation humaine qui, à une étape de la chaîne alimentaire, est perdue, jetée ou dégradée* », le gaspillage alimentaire ne se limite pas aux denrées non consommées mais touche l'ensemble de la chaîne alimentaire (production, distribution, consommation). Aussi lutter efficacement contre le gaspillage alimentaire implique d'intégrer à la réflexion un ensemble d'acteurs très divers (cuisinier, aide-soignant, infirmier, agent de bio nettoyage, diététicien) intervenant le long de cette chaîne.

Ce travail se focalise sur les prolégomènes à la mise en place d'un projet de lutte contre le gaspillage alimentaire c'est-à-dire sur les conditions qui rendent possible l'existence d'un tel projet dans le contexte du centre hospitalier de Cannes. Au centre hospitalier de Cannes, l'existence d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) chargé de la production alimentaire pour plusieurs établissements publics de santé fait du gaspillage alimentaire un sujet de coopération territoriale inter-établissements, projet par nature plus complexe. Cette particularité justifie la mise en place d'une démarche progressive pour permettre la réussite sur le long terme d'une démarche pérenne de lutte contre le gaspillage alimentaire. Ce mémoire propose ainsi des pistes de travail très opérationnelles (organigrammes, membres de groupes de travail) pour se structurer efficacement tant au niveau territorial qu'au niveau interne.

Au-delà de ces propositions, ce travail présente également des actions concrètes réalisées en interne au niveau de l'établissement pour réduire le gaspillage alimentaire. Celles-ci ont été synthétisées dans un document unique de pilotage, qui regroupe une soixantaine d'actions avec pour chacune un ou des pilotes identifiés et une échéance de réalisation.

Mots clés :

Alimentation, centre hospitalier de Cannes, gaspillages et pertes alimentaires, consommation alimentaire, nutrition, chaîne alimentaire, déchets alimentaires, biodéchets, développement durable, conduite et pilotage de projet, groupement de coopération sanitaire.

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.