



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CONSEIL NATIONAL DE LA RESTAURATION COLLECTIVE

GUIDE PRATIQUE

pour une restauration collective durable en établissement accueillant des personnes âgées

**GROUPE DE TRAVAIL
SANITAIRE
ET MÉDICO-SOCIAL**

2026

Remerciements

Un groupe de travail (GT) existe et brille grâce à ses membres. Le GT « santé et médico-social » du Conseil National de la Restauration Collective (CNRC) se démarque par une mobilisation inédite du secteur sanitaire et médico-social, **tant en nombre qu'en qualité**, révélant ainsi une véritable adhésion des représentants du secteur à l'installation du GT et à son mandat¹.

Le GT **se mobilise dans l'objectif** de faire progresser ce segment de la restauration collective vers plus de qualité et de durabilité, tel que demandé par la loi pour **l'ensemble des restaurants** collectifs de France.

Force est de constater la grande **motivation et l'exemplarité de ses membres** : le comité de pilotage du GT tient à remercier les représentants du secteur pour répondre aux attentes et au **besoin d'accompagnement** exprimé par les acteurs de terrain.

L'ensemble du GT est unanime pour faire valoir le **rôle de l'alimentation** dans le secteur et tient à souligner que l'alimentation est un soin à part entière².

Le comité de pilotage souhaite particulièrement remercier l'AFDN, l'ANIA-GECO FOOD Service AGORES, Bio Centre, le C2DS, le CENA, le CERCLE, le CERES, la CGF, les Grossistes Alimentaires de France, Chambres Agriculture France, les CHRU, le CNAO, la CNDCH, le CNIEL, la CNSA, le Collectif de lutte contre la dénutrition, la Confédération paysanne, la Coordination rurale, Diets&Coll, l'EHESP, EMEIS, la FEHAP, la FHF, la FHP, la FNAB, la FNAQPA, FNH, la FNSEA, Hermes Santé, INTERBEV, INTERFEL, NEXEM, le Réseau Restau'Co, le SNRC, le SYNABIO, le SYNERPA, l'UDIHR, Unicancer et l'UNIOPSS.

Il souhaite adresser ses remerciements aux agents de l'administration centrale (DGOS, DGCS, DGS, CGDD, DAJ, DGAL) et des agences de l'Etat (ADEME, Agence Bio, ANAP, ARS) mobilisées.

Il souhaite notamment remercier l'ensemble des structures auditionnées³ et celles ayant communiqué des fiches de contribution⁴ ayant permis au groupe de mieux appréhender l'ensemble des freins et leviers mobilisables.

¹ Cf. Annexe 1

² Keller U et al., 2006. La dénutrition à l'hôpital : conclusions d'un groupe d'experts du Conseil de l'Europe et recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation.

³ Cf. Annexe 3

⁴ Cf. Annexe 4

Introduction

Les établissements sanitaires et médico-sociaux se mettent en action pour répondre aux enjeux environnementaux de plus en plus prégnants.

S'agissant du secteur de l'autonomie, le *Shift Project*⁵ évalue l'empreinte carbone de ce secteur à environ 10 millions de tonnes de CO₂eq par an. Les résultats montrent que les émissions de gaz à effet de serre du secteur de l'alimentation représentent 24% des émissions totales, rendant ainsi le poste alimentation comme étant le plus générateur de gaz à effet de serre.

En cohérence avec la feuille de route planification écologique du système de santé, les secteurs sanitaire et médico-social doivent activement participer à la **transformation écologique de l'ensemble des activités** : *« la transition écologique en santé est une démarche de santé durable favorisant l'intégration de mesures économiquement viables, socialement équitables et écologiquement soutenables, promotrices de santé et de bien-être, dans une logique de co-bénéfices ».*

Les secteurs sanitaire et médico-social doivent ainsi contribuer à la nécessaire baisse des émissions de gaz à effet de serre et à la maîtrise des impacts en matière de **biodiversité, d'épuisement des ressources naturelles et d'accès à l'eau douce, ou encore de dégradation et de pollutions des milieux naturels.**

Les établissements de ces secteurs font partie intégrante des cibles de la Stratégie nationale **pour l'alimentation, la nutrition et le climat**, qui est déclinée dans le **Programme national pour l'alimentation 4 (PNA)** et dans le **Programme national nutrition santé 5 (PNNS)**, afin **d'accompagner la transition vers une alimentation saine et durable pour tous. L'objectif poursuivi consiste aussi en la structuration des filières agricoles et agroalimentaires françaises et en l'atteinte de la souveraineté alimentaire française.**

Par ailleurs, ces secteurs sont concernés par plusieurs dispositions spécifiques issues des lois EGalim, AGECE et Climat et résilience visant à favoriser l'accès à tous à une alimentation plus saine et durable en actionnant plusieurs leviers :

- L'approvisionnement en produits de qualité et durables, qui constitue une politique prioritaire du Gouvernement (PPG) ;
- La lutte contre le gaspillage alimentaire ;
- La diversification des sources de protéines ;
- L'information des usagers ;
- La substitution des plastiques et le réemploi.

⁵https://theshiftproject.org/app/uploads/2025/01/180423-TSP-PTEF-Synthese-Sante_v2.pdf

Une alimentation saine, sûre, durable et de qualité est une attente forte et légitime de la part des résidents, des convives et des producteurs eux-mêmes. Elle constitue **une réponse à l'aspiration sociétale d'une alimentation favorable à la santé et plus respectueuse de l'environnement**. Dans le même temps, elle contribue à valoriser les productions agricoles françaises et à permettre aux agriculteurs de vivre dignement de leur travail.

Avec plus de 2 730 établissements sanitaires (hôpitaux et cliniques) et 16 670 établissements médico-sociaux, la restauration collective des secteurs sanitaire et médico-social produit plus de 42% du nombre de repas servis en restauration collective, tous secteurs confondus⁶. La restauration collective sanitaire et médico-sociale constitue ainsi un formidable levier pour accélérer la transition climatique et environnementale, **et permettre aux personnes concernées d'accéder à une offre de qualité**.

Le segment **social** (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) publics et privés et autres établissements sociaux) se démarque par une part importante d'établissements en **gestion concédée**⁷.

- La part des prestations en volume des sociétés de restauration collective dans le total de la restauration collective du segment **social** s'élève à **33%**⁸ ;
- La part des segments **santé** (hôpitaux, cliniques) et **social** (Ehpad publics et privés et autres établissements sociaux) dans le **total des prestations** de la restauration collective concédée, en volume s'élève à **38%**⁸.

L'offre alimentaire proposée par les établissements occupe un rôle pivot dans la dynamique de transformation écologique des systèmes de santé et a le potentiel de concourir à la transition agroécologique **tout en contribuant à la mise en œuvre de la PPG EGalim** relative aux approvisionnements en produits durables et de qualité en restauration collective.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux pour les personnes âgées doivent également assurer une alimentation permettant de répondre aux besoins nutritionnels de ce public spécifique, tout en prenant en compte les principaux risques nutritionnels auxquels sont confrontés les personnes âgées, à savoir la dénutrition et la sarcopénie (déclin de la force et de la masse musculaire).

Les repères nutritionnels élaborés par le PNNS ont pour objectif de prévenir ces risques, **en soulignant l'importance de maintenir le plaisir de manger pour guider les**

⁶ Rapport du gouvernement au Parlement établi conformément à l'article L. 230-5-1 du Code Rural et de la Pêche Maritime, N°29

⁷ La gestion concédée est un modèle dans lequel un donneur d'ordre confie à un opérateur spécialisé l'organisation complète de sa restauration, dans un cadre contractuel garantissant résultats et continuité de service. Les entreprises de la restauration collective concédée sont soumises à une obligation de résultats.

⁸ GIRA Foodservice Circana – France 2024

choix, améliorer l'appétit et assurer une stabilité pondérale. *Les recommandations nutritionnelles pour les repas servis dans ces établissements feront l'objet de travaux du GT nutrition du CNRC* (fréquence de présentation des plats, grammages, etc.). Un encadré présente ci-après les recommandations institutionnelles existantes.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux, confrontés à un cadre budgétaire contraint, doivent déployer des changements profonds, notamment en termes **d'organisation pour mettre en œuvre les dispositions** législatives **en faveur d'une** alimentation durable et de qualité.

Le groupe de travail a ainsi cherché à identifier les bonnes pratiques concourant à la mise en œuvre des dispositions réglementaires précitées dans l'optique de les faire **changer d'échelle** et de les généraliser.

Le présent livrable poursuit l'objectif d'outiller stratégiquement et opérationnellement les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées dans leur démarche de réflexion et d'élaboration de stratégie alimentaire.

A cet effet, après une **présentation des enjeux liés à l'adoption d'une alimentation durable, il se décline sous la forme d'un catalogue** non exhaustif d'actions, tant stratégiques, destinées au personnel de direction des établissements accueillant des personnes âgées, **qu'opérationnelles**, que les établissements médico-sociaux pourront **mettre en œuvre** et adapter selon leur contexte.

*Le périmètre traité dans le cadre du présent document concerne principalement les établissements accueillant des personnes âgées. Néanmoins, certaines recommandations peuvent **tout à fait être adaptées à d'autres types d'établissements** médico-sociaux.*

Conformément à son mandat (Cf. Annexe 1), le groupe de travail a été vigilant à ce que la lutte contre le gaspillage alimentaire vise une montée en gamme des produits achetés et **n'impacte pas** la prise alimentaire et la couverture des besoins nutritionnels des personnes accueillies.

Le sujet de l'offre alimentaire destinée au personnel n'est pas traité dans le cadre du présent livrable car il ne fait pas l'objet de spécificités inhérentes aux établissements médico-sociaux. En revanche, il est important de prendre en compte cet aspect dans la mesure où il concourt au bien-être du personnel.

La méthodologie de travail est précisée en annexe 1.

Les recommandations alimentaires des personnes âgées

Sur la base des travaux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses, 2019)⁹, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a actualisé les repères alimentaires du Programme national nutrition santé (PNNS) pour les personnes âgées¹⁰.

Sur la base de ces avis, Santé publique France élabore des messages et la communication destinée au grand public pour les personnes âgées, avec une publication prévue pour le second semestre 2026.

Pour les personnes âgées de moins de 75 ans sans fragilité particulière, les enjeux nutritionnels sont similaires à ceux de la population générale adulte.

Les recommandations pour la population générale sont disponibles sur mangerbouger.fr¹¹.

Néanmoins, en prenant de l'âge, pour couvrir les besoins nutritionnels et prévenir l'apparition de pathologies chroniques liées à la nutrition, il est particulièrement important de consommer davantage de féculents complets et de fruits et légumes, et de manger du poisson deux fois par semaine, dont un poisson gras (sardine, maquereau, hareng ou saumon).

Par ailleurs, le maintien d'une activité physique adéquate et la limitation de la sédentarité sont essentiels, suivant les recommandations de l'Anses, permettant de maintenir l'équilibre énergétique et de prévenir les pathologies liées au vieillissement et le déclin fonctionnel, en renforçant l'appareil musculo-squelettique et osseux.

En prenant de l'âge, l'organisme change. Contrairement aux idées reçues, les besoins nutritionnels ne diminuent pas et certains augmentent même. Pour les personnes âgées fragilisées une attention particulière doit être apportée.

Pour les personnes de plus de 75 ans, le HCSP a publié des nouveaux repères alimentaires par groupe d'aliments¹². Sur la base de ces repères, Santé publique France formulera les nouvelles recommandations nutritionnelles, adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Il est nécessaire de maintenir et susciter le plaisir de manger, ainsi que d'avoir un environnement physique et social favorable à cela lors des repas, ce d'autant qu'on

⁹ [AVIS révisé de l'Anses relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans](#)

¹⁰ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1087>

¹¹ https://www.mangerbouger.fr/content/show/1501/file/DT05-217-25B%2032p_148x210_MANGERBOUGER%2050%20petites%20astuces_sept%202025_vf.pdf

¹² <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1087>

observe en général une diminution progressive de l'appétit avec l'âge. La perte d'appétit doit amener à une réflexion sur les groupes alimentaires qui permettront par le plaisir qu'ils suscitent chez la personne d'accéder à des consommations alimentaires suffisantes pour le maintien du poids et pour limiter le risque de dénutrition.

Le Groupe de Travail Nutrition du Conseil National de la Restauration Collective aura pour objectif d'encadrer ces travaux et de mettre à jour les recommandations nutritionnelles pour les repas servis dans les établissements accueillants des personnes âgées, à partir du [GEM-RCN \(2015\)](#) sur la base des avis d'expertise scientifique de l'Anses, du HCSP et de Santé publique France. Ceci se traduira, conformément à la loi Bien vieillir et Autonomie du 8 avril 2024, par un arrêté pour fixer les règles relatives à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas proposés dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées¹³.

Les enjeux de la dénutrition

Les enjeux de la dénutrition sont particulièrement importants dans les établissements sanitaires et médico-sociaux accueillant des personnes âgées, en grande partie dépendantes et fragilisées. On estime que 2 millions de personnes sont dénutries en France dont environ 270 000 en EHPAD. La dénutrition est liée à un déséquilibre nutritionnel, avec des apports alimentaires insuffisants pour un bon fonctionnement de l'organisme. C'est un état pathologique qui a un impact important sur la santé, affaiblit l'organisme, augmente le risque de perte d'autonomie et la mortalité. La dénutrition est plurifactorielle. Plusieurs facteurs associés au vieillissement (perte d'appétit, troubles dentaires, de déglutition, perte d'autonomie, pathologies, facteurs psychologiques, etc.), à la vie en institution (changement des habitudes de vie, temps limité et aide insuffisante pour prendre les repas, offre peu attrayante, repas servis froids, etc.) augmentent le risque de dénutrition.

La prévention de la dénutrition chez les personnes âgées est essentielle. Elle repose sur **l'accompagnement des personnes au quotidien** (observation des résidents, surveillance régulière du poids, aide à la prise des repas si nécessaire), sur des prises alimentaires et une offre alimentaire adaptées aux besoins nutritionnels avec en particulier la prise en compte d'une hausse des besoins en protéines.

Les recommandations internationales précisent que le minimum souhaitable pour les personnes âgées est de 1 g de protéines par kg de poids corporel et par jour¹⁴. En cas de dénutrition, les apports recommandés par la HAS en protéines sont de 1,2 à 1,5 g/kg/jour.

¹³ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000049385981

¹⁴ [ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics](#), Volkert D, et al. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):10-47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

Par ailleurs, les protéines végétales ont un profil en acides aminés incomplet et sont moins digestibles que les protéines animales. De plus, le volume à ingérer pour atteindre la quantité de protéines nécessaire est beaucoup plus important pour les **aliments végétaux que pour les aliments d'origine animale, ce qui pose problème** chez les personnes âgées avec un faible appétit. Ainsi, si la question précise du ratio protéines animales /protéines végétales nécessaires à la santé des personnes âgées ne **fait pas l'objet de recommandations officielles, on considère qu'une consommation** élevée de produits riches en protéines végétales, mais faible en produits riches en protéines animales, pourrait entraîner ou aggraver des risques de dénutrition chez les personnes âgées¹⁵.

La transition durable de l'offre alimentaire des établissements accueillant des personnes âgées ne doit pas se faire au détriment des besoins nutritionnels (quantité et qualité des apports protéiques, quantité d'énergie suffisante pour maintenir ou reprendre du poids, hydratation régulière, etc.) des personnes, au risque d'accroître le risque de dénutrition ou d'aggraver un statut nutritionnel déjà dégradé.

Au contraire, ces deux enjeux doivent être complémentaires, en garantissant une meilleure qualité et une plus grande diversité alimentaire pour tous les convives. Un gaspillage alimentaire constaté ne doit pas conduire à une réduction des portions et doit **amener le personnel à en interroger les causes (inadéquation de l'offre aux besoins et aux goûts des personnes, qualités nutritionnelle et gustative insuffisantes, accompagnement insuffisant des résidents lors du service et à la prise des repas, etc.)** et à repenser la composition des plateaux et le cas échéant les modalités **d'accompagnement.**

Recommandations HAS sur la dénutrition

- > HAS : Diagnostic de la dénutrition chez les personnes de 70 ans et plus (2021)¹⁶ ;
- > HAS : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (2007)¹⁷ .

¹⁵ [Plant proteins: are they a good alternative to animal proteins in older people?](#) Toutirais L, Vaysse C, Gueugneau M, Walrand S. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2024 Jul 1;27(4):372-377. doi: 10.1097/MCO.0000000000001026

¹⁶https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf

¹⁷https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

Table des matières

Remerciements	3
Introduction	4
Table des matières	10
I – Les enjeux à appréhender conjointement pour assurer une offre alimentaire durable	13
I.A/ Les approvisionnements en produits durables et de qualité	13
I.B/ La lutte contre le gaspillage alimentaire	14
I.C/ La prévention et la lutte contre la dénutrition.....	17
I.D/ La diversification des sources de protéines.....	18
II- L'adoption d'une stratégie alimentaire globale : actions stratégiques identifiées pour assurer une offre alimentaire durable.....	19
II.A/ Les intérêts de l'adoption d'une stratégie alimentaire globale identifiés par le GT	19
II.B/ Réorganiser le budget alloué à l'alimentation	21
II.C/ Favoriser la transversalité des équipes et mise en place de formations spécialisées.....	24
II.D/ Identifier les pratiques à modifier et mettre en place d'une communication pour les faire évoluer	27
II.E/ Adapter les textures – harmonisation.....	30
II.G/ Expérimenter les innovations visant à réduire le gaspillage alimentaire et à optimiser la prise alimentaire.....	32
III – Mise en œuvre d'un projet et d'un plan d'action en établissement.....	33
III.A/ Méthode d'élaboration du projet et d'un plan d'action en établissement.....	33
III.B/ Réalisation d'un diagnostic initial et délimitation d'indicateurs.....	35
III.C/ Les 3 axes stratégiques d'action mobilisables dans le plan d'action.....	39
IV/ Axe 1 : Faire évoluer la structuration de l'offre alimentaire : vers une simplification du nombre de régimes et de déclinaisons.....	40
IV.A. / Adopter une offre alimentaire conforme aux recommandations du PNNS.....	40
V.B/ Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes	41
IV.C/ Réévaluer les besoins de prescriptions d'alimentations thérapeutiques, plus onéreuses et souvent moins appréciées par les convives.....	43
IV.D/ Evaluer l'impact de la variation du nombre de composantes par repas et du fractionnement de la prise alimentaire pour favoriser la prise alimentaire et lutter contre la dénutrition	44

V/ Axe 2 : Adaptation de l'offre alimentaire <i>via</i> la mise en place d'une politique d'achat visant à s'approvisionner en denrées durables et de qualité et la réalisation de recettes adaptées aux convives	44
V.A/ Un approvisionnement en produits durables et de qualité.....	45
V.B/ Un approvisionnement en denrées adapté aux goûts des résidents.....	48
V.C/ Sélectionner ses denrées durables et de qualité en adoptant une méthode de production économiquement avantageuse	50
V.D/ Diversifier les sources de protéines.....	52
V.E/ Travailler sur les méthodes de cuisson	55
V.F/ Favoriser la prise alimentaire par la conception et la préparation de recettes adaptées aux besoins des résidents avec des propriétés organoleptiques de qualité	55
VI/ Axe 3 : Favoriser la prise alimentaire par un service adéquat.....	71
VI.A/ Informer les convives.....	71
VI.B/ Tenir compte de l'aide à la prise du repas.....	72
VI.C/ Favoriser la prise alimentaire par un environnement de prise de repas matériel et immatériel optimal.....	73
VII - Outils nécessaires à la mise en œuvre du plan d'actions	78
VII.A/ Stratégies de politiques publiques	78
VII.B/ Une systématisation de l'utilisation de la plateforme gouvernementale « <i>ma cantine</i> »	78
VII.C/ Le label national anti-gaspillage alimentaire.....	80
VII.D/ Ressources mobilisables pour lutter contre la dénutrition	81
Conclusion	82
Synthèse des actions stratégiques à mettre en œuvre dans les établissements médico-sociaux.....	84
Synthèse des actions opérationnelles à mettre en œuvre en établissements médico-sociaux.....	85
Annexes.....	88
Annexe 1 : Méthode de travail et mandat du groupe de travail « santé et médico-social »	88
Annexe 2 : Liste des contributeurs au livrable – membres du groupe de travail « santé et médico-social »	94
Annexe 3 : Liste des auditions du Groupe de Travail	98
Annexe 4 : Liste des contributions du Groupe de Travail.....	99

Annexe 5 - Espace de saisie de données de déchets alimentaires » disponible sur la plateforme numérique « ma cantine »	101
Annexe 6 – Fiche pratique pour peser les déchets alimentaires	104
Annexe 7 – Exemples d’affiches disponibles sur « ma cantine » mobilisables pour la campagne de pesées	109
Annexe 8 : Fiches recettes proposées par le guide pratique à destination de la restauration sanitaire et médico-sociale pour développer les approvisionnements bio et les orienter vers une nouvelle offre alimentaire adaptée aux séniors.....	111
Annexe 9 : Exemples d’ingrédients pouvant être mobilisés dans le cadre de stratégie d’enrichissement – extrait du guide RESTAU’CO « Plus de bio dans l’assiette de nos aînés »	116

I – Les enjeux à appréhender conjointement pour assurer une offre alimentaire durable

Le groupe de travail a identifié plusieurs enjeux à caractère décisif pour les établissements médico-sociaux :

- La montée en gamme des approvisionnements alimentaires **en vue de l'atteinte** des objectifs fixés par les dispositions EGalim et Climat et Résilience ;
- La lutte contre le gaspillage alimentaire ;
- La prévention et la lutte contre la dénutrition.

L'ensemble de ces enjeux doivent être traités ensemble et non de manière dissociée afin de garantir la **durabilité de l'offre alimentaire**.

I.A/ Les approvisionnements en produits durables et de qualité

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, dite « loi EGalim » a introduit l'obligation d'atteindre au 1^{er} janvier 2022 une part au moins égale, en valeur, à 50% de produits durables et de qualité (tels que définis par la loi et le décret d'application) dont au moins 20% de produits biologiques, dans les repas servis en restauration collective rendant un service public¹⁸.

La loi n°2021-1104 du 22 août 2021 portant sur la lutte contre le dérèglement climatique et le renforcement de la résilience face à ses effets, dite loi « Climat et Résilience », a complété ces dispositions en ajoutant l'objectif d'au moins 60% de produits durables et de qualité pour les familles « viandes » et « poissons »¹⁹ et en étendant ces obligations à tous les restaurants collectifs dont les personnes morales de droit privé ont la charge à partir du 1^{er} janvier 2024.

Depuis le 1^{er} janvier 2024, toute la restauration collective, y compris celle des entreprises privées, est soumise à ces obligations, quel que soit le mode de gestion et **l'opérateur, public ou privé, qui met en œuvre ce service**.

La télédéclaration des données **d'achats** alimentaires (part des différentes catégories de denrées alimentaires représentées au sein des produits de qualité servis, part des **produits de qualité répondant à chacun des critères définis à l'article L 250-5-1**, part des produits de qualité répondant à ces critères, issus **d'un circuit-court ou d'origine française**) est obligatoire pour chaque lieu de service de restauration.

Il ressort du bilan statistique annuel 2025 de l'application des objectifs d'approvisionnements fixés à la restauration collective (données d'achat 2024)²⁰ que

¹⁸ Etablissements mentionnés à l'article L 230-5 du Code Rural et de la Pêche Maritime

¹⁹ La famille « viandes » regroupe les viandes bovines, porcines, ovines et de volaille. La famille « poissons » regroupe les produits de la pêche et de l'aquaculture.

²⁰ Rapport du gouvernement au Parlement établi conformément à l'article L. 230-5-1 du Code Rural et de la Pêche Maritime, N°29

9 % des restaurants médico-sociaux ont participé à la télédéclaration (2 098 établissements médico-sociaux ont télédéclaré). Les facteurs explicatifs seront traités ultérieurement dans le cadre des travaux du GT (cf. mandat en Annexe 1).

S'agissant des taux de produits durables et de qualité tels que prévus par la loi EGalim, ils sont parmi les plus faibles pour le secteur médico-social, par rapport aux autres secteurs, avec 17 % pour de produits durables et de qualité dont 5 % de produits bio.

A noter que le segment « EHPAD/maison de retraite » a une marge de progression importante pour atteindre les obligations de la loi, en présentant des taux faibles (16% de produits durables et de qualité dont 4 % de bio) alors que les enjeux autour du développement du Bio sont essentiels²¹.

Or, selon le baromètre consommateur AGENCE Bio OBSOCO 2025, 72% des consommateurs souhaiteraient que des produits bio leur soient servis dans les maisons de retraite ([Baromètre des produits biologiques en France – 2025](#)). La principale motivation invoquée pour commencer (30%) et poursuivre (53%) la consommation de produit bio reste la santé.

Les approvisionnements en produits durables et de qualité contribuent à la qualité de **l'alimentation** au sens de la loi EGalim et **à l'atteinte de l'objectif d'une alimentation saine, sûre, durable et accessible à tous** tout en assurant une structuration des filières. Au regard des taux susmentionnés, il semble que des efforts restent à poursuivre pour exploiter pleinement ce levier.

I.B/ La lutte contre le gaspillage alimentaire

Des niveaux de gaspillage alimentaires élevés et homogènes selon les sources

Les **données publiées par l'ADEME font état d'un** gaspillage alimentaire dans les EHPAD **s'élevant à 117 g/résident/repas²²**.

Les résultats du projet « Maison Gourmande et Responsable²³ » font état de 122 grammes de gaspillage par résident par repas²⁴ (500 EHPAD participants, 40 000 résidents). Les autres sources de données (retours des contributions des membres du GT) indiquent des niveaux de gaspillage compris entre 114 grammes de gaspillage alimentaire par convive par repas (**60 sites concernés par l'étude, 4500 convives visés** par le projet) et 134 grammes de gaspillage par convive par repas (40 sites étudiés).

²¹ [La santé - Quantification des externalités de l'agriculture biologique | ITAB](#)

²² ADEME, 2024 : « Lutter contre le gaspillage alimentaire en restauration collective : mise à jour des moyennes nationales du gaspillage alimentaire en restauration collective »

²³ <https://www.maison-gourmande-responsable.org/>

²⁴ Gaspillage alimentaire issu de la préparation, des excédents présentés aux convives et non servis et des restes assiettes/plateaux, campagne de 2019 à 2021

Il en ressort que le gaspillage alimentaire dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées représente un niveau important par rapport aux autres secteurs du type scolaire et entreprises/administration.



Figure 1 ADEME - Le gaspillage alimentaire en restauration collective - chiffres clés de gaspillage alimentaire en g/convive/repas - mise à jour 2024

Le projet « Maison Gourmande et Responsable » fournit des informations complémentaires sur les sources de déchets alimentaires : la moitié **d'entre eux** proviennent des retours assiettes (53% hors potage), **puis près d'un tiers proviennent** de la nourriture sortie non servie (30% hors potage) et enfin les restes de préparation en cuisine représentent 17% de ces déchets. La réduction du gaspillage alimentaire, **quand elle est mise en œuvre, s'effectue principalement sur** le repas du soir (-17% de réduction du gaspillage en incluant le potage *via la mise en œuvre de la démarche* « Maison Gourmande et Responsable »).

Des coûts directs et indirects du gaspillage alimentaire

Le coût direct du gaspillage alimentaire est défini par l'ADEME comme la valeur d'achat des denrées gaspillées.

Les données de l'ADEME relatives aux coûts complets englobent :

- Le coût direct tel que défini *supra* ;
- Le coût du personnel (temps de préparation, de distribution²⁵, de rangement, tri des déchets alimentaires, ...)
- Le **coût de l'énergie** (cuisson, réchauffe, préparation, transport, stockage, lavage) ;
- Le coût du traitement des déchets.

En 2025, l'ADEME a actualisé les coûts complets de gaspillage alimentaire²⁶ ayant été initialement publiés en 2016 en mettant à jour les coûts directs (coûts des denrées alimentaires) et indirects (temps humain, énergie, logistique, tri et traitement des déchets).

²⁵A noter : le coût du personnel est potentiellement sous-estimé du fait du besoin particulièrement important de devoir accompagner les convives dans la prise alimentaire (difficultés de préhension, **troubles psychiatriques**, ...). Les données affichées indiquent en effet que le coût du personnel par repas est moindre en restauration sanitaire et médico-sociale qu'en établissement scolaire.

²⁶ https://librairie.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-10376-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html#/44-type_de_produit-format_electronique

Pour ce faire, l'ADEME a analysé 24 jeux de données issues d'EHPAD. Il s'agit de données récentes, exploitables et comparables.

Le tableau suivant présente le coût moyen direct et complet par repas selon les différents secteurs de restauration :

Tableau 1 Coût moyen pour la catégorie d'établissements « EHPAD », GA = gaspillage alimentaire

Secteur	Moyenne de coût direct du GA (€/repas)	Moyenne de coût complet du GA (€/repas)
EHPAD	0,37€	0,89€

Les données mettent en **exergue l'importance de raisonner non pas en termes de coûts directs mais en termes de coûts complets** pour se rendre compte des externalités négatives du gaspillage alimentaire sur le plan économique.

Par ailleurs, le coût complet du gaspillage alimentaire est sans doute minimisé dans la mesure où :

- **La méthodologie de l'ADEME n'inclut pas dans les coûts indirects du gaspillage alimentaire les pertes économiques liées à des taux de prises alimentaires insuffisants** alors que le gaspillage alimentaire issu des retours assiettes est lié dans la majorité des cas à une prise alimentaire insuffisante dégradant le statut nutritionnel des convives (Cf. paragraphe *infra* « Les coûts déguisés de la dénutrition en établissement médico-social accueillant des personnes âgées ») ;
- Certains postes budgétaires semblent avoir été sous-évalués, à l'instar du coût du personnel apparaissant étonnamment réduit (Cf. note de bas de page n°25).

L'EHPAD Saint Joseph (43)²⁷ a évalué à 290 grammes par jour et par résident les déchets alimentaires, soit onze tonnes de biodéchets par an. Le comité de pilotage sur l'alimentation et le tri des déchets a pris les choses en main et a réduit le volume de déchets à hauteur de 60 grammes par jour et par résident, soit trois tonnes de biodéchets et une économie de 35 000 à 40 000 euros par an. Ces économies ont permis d'autofinancer du matériel de cuisine pour améliorer la qualité de vie au travail du personnel, et l'achat de meilleurs produits frais et locaux.

La lutte contre le gaspillage alimentaire est un levier à mobiliser pour générer des économies pouvant être utilisées **en faveur de l'amélioration de l'offre alimentaire, notamment pour augmenter les taux d'approvisionnements en produits durables et de qualité.**

²⁷ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

A noter : Il convient néanmoins de nuancer les économies générées car selon l'ADEME²⁸, la réduction du gaspillage alimentaire n'entraîne pas systématiquement une baisse proportionnelle des coûts, notamment en raison de la hausse du prix des denrées alimentaires.

I.C/ La prévention et la lutte contre la dénutrition

Selon le Haut Conseil de la santé publique²⁹, la dénutrition de la personne âgée est généralement définie comme un état résultant d'un **apport qui n'est pas en adéquation** avec les besoins en protéines et en énergie, et conduisant à une modification de la composition corporelle avec une diminution de la masse maigre.

Une forte prévalence de dénutrition observée chez les populations âgées

En France, selon la HAS³⁰, la prévalence de la dénutrition en EHPAD varie entre 15% et 38 %.

De nombreux facteurs lors de l'avancée en âge peuvent entraîner une diminution de l'appétit et une diminution des prises alimentaires, exposant au risque de dénutrition (aide insuffisante pour la prise des repas, temps insuffisant laissé aux résidents pour manger, présentation peu attrayante, plats froids ...).

L'encart *infra* présente des éléments pouvant contribuer à la dénutrition chez les personnes âgées.

Encart : les facteurs favorisant la perte d'appétit et freinant la prise alimentaire rencontrés chez les personnes âgées (*d'après l'avis n°92 du CNA³¹ reprenant la synthèse des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé de 2007*)

- changements physiologiques qui entraînent une diminution de l'appétit ;
- troubles bucco-dentaires : perte de dent, diminution de la production de salive, affections parodontales gênant la prise alimentaire ou freinant la consommation des aliments nécessitant une mastication ;
- troubles chimio-sensoriels : diminution de la capacité à percevoir le goût des aliments induisant potentiellement une perte d'intérêt pour l'alimentation et une diminution de la diversification de l'alimentation ;
- troubles de la déglutition ;
- changements psycho-sociologiques : veuvage, solitude subie, perte d'autonomie... ;

²⁸<https://librairie.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html>

²⁹ Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, 18 mai 2021

³⁰ HAS 2021 • Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus • novembre 2021 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/argumentaire_denutrition_pa_10_nov_2021_v2.pdf

³¹ Avis n°92 du CNA L'alimentation comme vecteur de bien vieillir

- pathologies (ou prise de médicaments impactant l'appétit et/ou entravant la prise alimentaire (difficulté de préemption, refus de s'alimenter, ...).

Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des facteurs favorisant la dénutrition des résidents en EHPAD et d'adapter l'offre alimentaire pour répondre aux besoins nutritionnels des résidents en conservant le plaisir de manger.

I.D/ La diversification des sources de protéines

Point de vigilance : **les besoins protéiques augmentent avec l'âge** : il faut veiller à ce que la végétalisation de l'alimentation n'entraîne pas une baisse des apports protéiques d'autant que les volumes à ingérer sont plus importants pour les protéines végétales, ce qui peut être difficile pour la personne âgée qui a moins d'appétit.

Depuis la publication de la loi EGalim, les gestionnaires des restaurants collectifs servant plus de 200 couverts par jour en moyenne sont tenus de présenter à leurs structures dirigeantes un plan pluriannuel de diversification des sources de protéines incluant des préparations ou plats à base de protéines végétales dans les repas qu'ils proposent.

Un menu végétarien, tel que défini par la loi EGalim, est un menu complet sans viande, ni poisson, crustacés ou fruits de mer. Il peut toutefois contenir des protéines animales non carnées, comme les **œufs** ou les produits laitiers. Les alternatives protéiques utilisées peuvent être les légumineuses (**lentilles, pois chiches, haricots...**), les céréales (**blé, riz, boulgour...**), **les œufs et/ou les produits laitiers**.

Le groupe de travail « nutrition » du Conseil national de la restauration collective a publié un cadre général concernant le plan pluriannuel de diversification des sources de protéines introduit par la loi EGalim³². L'objet de ce document est de fournir des points de repères aux acteurs de la restauration collective pour l'élaboration des plans pluriannuels de diversification des sources de protéines en restauration collective. Il a vocation à être actualisé en fonction de la publication d'avis scientifiques, de l'évolution éventuelle du cadre législatif et à être complété par des outils pratiques.

La diversification des sources de protéines est un levier pour adapter l'offre alimentaire, notamment pour générer des économies mobilisables pour des approvisionnements en protéines animales durables et de qualité.

³²<https://ma-cantine-1.gitbook.io/ma-cantine-egalim/diversification-des-sources-de-proteines-et-menus-vegetariens/untitled>

Néanmoins la diversification des sources de protéines doit être appréhendée avec précaution en EHPAD car **la priorité dans cette tranche d'âge reste un apport protéique suffisant et diversifié pour maintenir la masse musculaire et éviter la sarcopénie.** A ce titre, le HCSP recommande de consommer au moins une fois par jour certains types de protéines « en choisissant parmi **volaille, poisson, œufs ou viande** et de diversifier les sources de protéines animales. Il est également recommandé de consommer au moins 2 fois par semaine des légumineuses et chaque jour des produits céréaliers complets et peu raffinés au moins une fois par jour ».

Ce sujet sera approfondi par les travaux du groupe de travail nutrition, conformément au mandat précisé en annexe 1 du présent document.

II- L'adoption d'une stratégie alimentaire globale : actions stratégiques identifiées pour assurer une offre alimentaire durable

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de mettre en place une stratégie globale dans la mesure où l'alimentation en établissement médico-social est un facteur incontournable concourant à la qualité de service et est un outil de soin et de bientraitance. Une bonne prise alimentaire participe au bien-être mental et physique des résidents et peut à ce titre faire partie inhérente de leur parcours de soin.

Ainsi, les aspects de lutte contre le gaspillage alimentaire, de lutte contre la dénutrition et de **travail de l'offre alimentaire** doivent être pris en compte conjointement lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie alimentaire de l'établissement : l'offre alimentaire, le service, les formations des personnels, la collaboration et la communication du personnel, la cohérence entre les soins apportés aux résidents et leur alimentation sont étroitement liés et doivent à ce titre être appréhendés sous le même prisme alimentaire.

Après avoir mis en avant les intérêts de l'adoption d'une stratégie alimentaire globale, cette seconde partie recense les **actions d'ordre stratégique** à engager dans les établissements en vue d'outiller spécifiquement le personnel de direction.

Par la suite, la troisième partie déclinera des actions d'ordre opérationnel mobilisables par l'ensemble du personnel des établissements médico-sociaux.

En résumé, le livrable est structuré comme suit pour les parties II et III :

- Partie II : actions stratégiques (personnel de direction) ;
- Partie III : actions opérationnelles (ensemble du personnel).

II.A/ Les intérêts de l'adoption d'une stratégie alimentaire globale identifiés par le GT

La mise en place d'une stratégie globale sous l'impulsion de la direction concourt à :

- ✓ Favoriser les synergies entre les différentes disciplines (achat, logistique, restauration, nutrition, soins, ...) et permettre une meilleure adaptation de l'offre alimentaire aux besoins des résidents ;
- ✓ Permettre d'utiliser les économies potentiellement générées grâce à la lutte contre le gaspillage alimentaire pour poursuivre les efforts d'évolution vers une offre alimentaire plus durable et de meilleure qualité ;
- ✓ Sanctuariser le budget lié à l'alimentation, afin de garantir une offre alimentaire durable et de qualité.

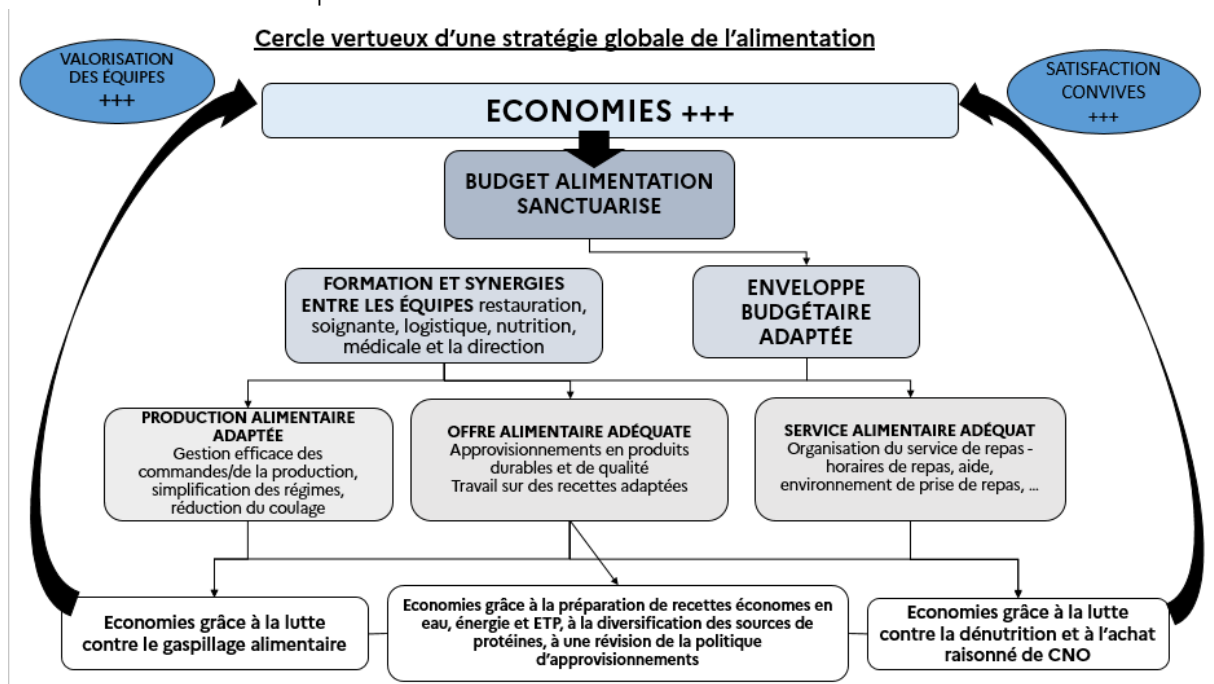


Figure 2 Cercle vertueux permis par la mise en place d'une stratégie d'alimentation

La collaboration entre les différents corps disciplinaires, combinée à l'allocation d'une enveloppe budgétaire adéquate, doit permettre de :

- Produire de manière adaptée (par exemple par le biais de l'achat d'un logiciel de gestion de la production assistée et grâce à la simplification des régimes) ;
- Proposer une offre alimentaire adéquate, que ce soit du point de vue de la qualité de l'offre et de sa quantité, notamment vis-à-vis de l'équilibre alimentaire et du respect des obligations réglementaires en faveur d'une alimentation saine et durable (par exemple grâce à la montée en gamme des approvisionnements permise par un budget alloué à l'alimentation dimensionné, ou encore à travers le travail de recettes adaptées construit de manière transversale entre les équipes en charge de la restauration, de la logistique et des soins) ;
- Offrir aux résidents un service adapté (organisation du service de repas réfléchi pour favoriser la prise alimentaire permise grâce au dialogue entre les équipes, le dialogue concourant notamment au respect du choix des plats par les résidents, ...).

Une production alimentaire dimensionnée aux besoins assortie d'une offre et d'un service alimentaires adaptés garantissent des bénéfices pour les établissements³³ grâce à une réduction du gaspillage alimentaire, une réduction de la prévalence de dénutrition chez les convives, une diminution des achats en CNO³⁴ sans compter les économies supplémentaires mobilisables grâce à la préparation de recettes économes en eau, énergie, ETP, à la diversification des sources de protéines³⁵ ou encore à une réévaluation de la stratégie d'approvisionnements.

Ces économies peuvent par la suite être utilisées pour améliorer l'offre et le service alimentaires (progression des taux d'approvisionnements en produits durables et de qualité, investissement dans du matériel de service favorisant la prise alimentaire, ...), générant une boucle vertueuse.

A noter : cela induit également comme externalité positive une augmentation de la satisfaction des convives et permet de valoriser le personnel, qui dispose de conditions de travail améliorées, et contribue ainsi à améliorer l'image du secteur.

La stratégie alimentaire doit s'inscrire dans un projet d'établissement. Elle peut aussi s'inscrire dans le cadre plus large relatif à la nature et à la qualité des approvisionnements, notamment en valorisant l'expérience et les savoirs faire ou désirs des résidents ou en s'inscrivant dans le cadre des Projets Alimentaires Territoriaux.

La **stratégie alimentaire doit intégrer le projet global de l'établissement.**



ACTION STRATEGIQUE N°1 :

Adopter une stratégie globale de l'alimentation dans les établissements médico-sociaux

II.B/ Réorganiser le budget alloué à l'alimentation

II.B.1/ Sanctuarisation du budget alimentaire

Il est ressorti des travaux la nécessité du découplage du poste restauration et **des autres postes liés à l'alimentation**. En effet, les économies mobilisées grâce aux

³³ Les acteurs témoignent d'une démarche à coût zéro où le coût d'une meilleure qualité des produits est compensé par la réduction du gaspillage. Mais pour un grand nombre d'établissements, une meilleure stratégie alimentaire a un coût financier qui ne remet pas en cause les nombreux bénéfices pour l'établissement, les personnes accueillies et les salariés.

³⁴ Les CNO sont des aliments diététiques à fins médicales spéciales (ADDFMS), prescrits par un médecin. Ils ne relèvent donc pas de la restauration. Les CNO sont recommandés par les sociétés savantes à l'échelle internationale (et par la Haute Autorité de Santé) en cas d'insuffisance d'alimentation, par manque d'appétit. Il s'agit de produits très denses en calories et protéines (plus denses que l'alimentation habituelle) qui ont montré leur efficacité pour améliorer les apports protéino-énergétiques dans de nombreuses études cliniques

³⁵ A noter : pour les résidents dénutris ou à risque de dénutrition, la diversification des sources de protéines doit être réfléchie et envisagée avec un médecin dans la mesure où l'apport protéique doit être garanti (les protéines végétales sont moins assimilables que les protéines animales, ce qui peut poser difficulté chez cette catégorie de résidents)

actions de lutte contre le gaspillage alimentaire, à l'utilisation raisonnée de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou encore par le biais du recours à des méthodes de préparation moins gourmandes en énergie/eau/ETP, à la diversification des sources de protéines, réfléchi pour garantir des apports nutritionnels adaptés, à **l'achat de denrées brutes ou peu transformées**, ... doivent être utilisées pour augmenter la part des approvisionnements en produits durables et de qualité, et ainsi générer une boucle vertueuse.

De plus, l'avis 92 du CNA³⁶ recommande de s'assurer que les économies gagnées dans la lutte contre le gaspillage alimentaire soient réinvesties pour améliorer la qualité de l'alimentation (recommandation n°37).



ACTION STRATEGIQUE N°2 :

Sanctuariser le budget alimentaire des établissements médico-sociaux

II.B.2/ Définition d'un budget minimal à allouer à l'alimentation

Au sein des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, les budgets alimentaires diffèrent significativement, sans lien avec le montant des loyers³⁷.

Il apparaît nécessaire d'allouer un budget adéquat à l'alimentation, notamment dans l'optique de pouvoir permettre des approvisionnements en produits durables et de qualité et de respecter la loi en la matière.

Les achats de ce type de produits pourront permettre de réduire le gaspillage et augmenter la prise alimentaire.

Il est important de faire valoir le fait que les approvisionnements en produits durables et de qualité sont une condition nécessaire mais non suffisante pour mettre en œuvre la boucle vertueuse telle que mentionnée *supra*. Il conviendrait en effet d'assortir au budget voué aux approvisionnements un budget dédié au service, souvent négligé en établissement mais essentiel, pour entrer dans ce cercle vertueux.

A cet égard, le CNA recommande dans son avis n°92³⁸ (recommandation n°38) de sanctuariser le budget alimentation dans les établissements d'accueil et pour le portage de repas rapporté au nombre de personnes âgées dans les départements et régions pour assurer une alimentation saine et de qualité partout et pour toutes et tous.

³⁶ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-l'alimentation-comme-vecteur-du-bien-vieillir/>

³⁷ Aline Victor, livre blanc du projet « Les Bienfaisants », à noter : le poste « hébergement » inclus l'alimentation dans les EHPAD

³⁸ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-l'alimentation-comme-vecteur-du-bien-vieillir/>

A noter : la définition d'un budget minimal alloué à l'alimentation reste fortement conditionnée par l'équilibre financier des structures.



ACTION STRATEGIQUE N°3 :
Définir un budget minimal à allouer à l'alimentation

II.B.3/ Clarifier les composantes du budget alimentaire

Le budget relatif au prisme alimentaire englobe plusieurs postes :

- Le poste restauration (achats de denrées et ou prestation de restauration, énergie, main d'œuvre, transports) ;
- Le poste service ;
- Le poste d'achat en Compléments Nutritionnels Oraux.

Les coûts de service et d'achat de CNO³⁹ ne sont pas systématiquement rattachés au poste restauration. Inversement, l'enrichissement de l'alimentation (voir infra), qui représente un certain coût, n'est pas intégré dans le budget alloué aux soins et ampute le budget restauration.

Il semble important de prévoir un budget fléché pour le service de repas, afin que le personnel soignant puisse se dégager suffisamment de temps pour assurer un service optimal.

Par ailleurs, la stratégie d'achat en CNO peut être pensée en synergie avec la construction de l'offre alimentaire. De fait, une réflexion conjointe entre les équipes médicales et de restauration pourrait être faite avant de prescrire et procéder à l'achat de CNO. Il est en effet important de travailler sur l'enrichissement de l'alimentation tout en gardant en tête le fait que les CNO peuvent quand même être intéressants dans la mesure où : (i) ils sont spécialement denses ; (ii) le packaging fait qu'ils peuvent facilement être donnés entre les repas.



ACTION STRATEGIQUE N°4 :
Clarifier les composantes du budget alimentation dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

³⁹ Les CNO sont des aliments diététiques à fins médicales spéciales (ADDFMS), prescrits par un médecin. Ils ne relèvent donc pas de la restauration. Les CNO sont recommandés par les sociétés savantes à l'échelle internationale (et par la Haute Autorité de Santé) en cas d'insuffisance d'alimentation, par manque d'appétit. Il s'agit de produits très denses en calories et protéines (plus denses que l'alimentation habituelle) qui ont montré leur efficacité pour améliorer les apports protéino-énergétiques dans de nombreuses études cliniques

II.C/ Favoriser la transversalité des équipes et mise en place de formations spécialisées

II.C.1/ Mise en place d'un plan de formation de l'ensemble du personnel aux enjeux liés à l'alimentation et aux synergies entre équipes disciplinaires à mettre en place

Les travaux du groupe de travail ont permis de mettre en évidence **l'importance** de proposer des formations spécialisées **sur les enjeux liés à l'alimentation**, que ce soit au niveau du personnel soignant, de restauration, médical, du corps des diététiciens ou du personnel de direction.

A titre illustratif, il se dégage la nécessité de :

- Former de manière spécialisée (par exemple sous forme de modules) le personnel de direction **au rôle de l'alimentation en établissement** médico-social **et aux externalités négatives de la dénutrition**, à **l'importance de mettre en place une stratégie globale de l'alimentation** et à mettre en place des synergies transdisciplinaires afin de pallier la problématique de parcellisation des tâches et du cloisonnement inter services pouvant générer du gaspillage et aggraver la situation en termes de dénutrition ;
- Former le personnel de soin à **l'importance du service** accordé aux convives, **d'une** présentation détaillée des denrées et aux enjeux de lutte contre le gaspillage alimentaire et la dénutrition respectivement ;
- Développer les compétences en matière de diététique/nutrition. **Il peut s'agir de prévoir une spécialisation des diététiciens avec des formations complémentaires (enrichissement, fractionnement de l'alimentation) et d'une sensibilisation des enjeux de collaboration avec l'équipe de soins pour assurer le suivi nutritionnel des patients ;**
- Accompagner le personnel de restauration **pour qu'il puisse mieux adapter son offre alimentaire (travail sur les approvisionnements, les recettes, méthodes de cuisson – notamment les cuissons basse température, les tests en situation réelle, l'importance du travail sur des collations et petits déjeuners, ainsi que sur les alimentations thérapeutiques) en lien avec l'équipe en charge de la nutrition, de la logistique et des soins.**

L'avis 92 CNA⁴⁰ recommande (recommandation n°9) de former tous les acteurs de **l'écosystème des personnes âgées (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, intervenants, aidants familiaux et proches aidants, cadres des établissements de santé, cuisiniers, sociétés de portage de repas, sociétés de**

⁴⁰ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

restauration collective...) aux enjeux d'une alimentation adaptée pour préserver la santé et l'autonomie des personnes âgées.

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées co-signé par les ministères en charge de l'agriculture et de la santé⁴¹ met en avant les compétences, savoir-faire et savoir-être spécifiques et l'intérêt de proposer régulièrement des formations ciblées :

- Pour le personnel de soin : des formations sur l'aide au repas, au dépistage de la dénutrition, au projet d'accompagnement individualisé...
- Pour le personnel de cuisine : des formations sur les techniques de cuisine à texture modifiée, la cuisson basse température, les techniques de présentation des aliments, la nutrition des personnes âgées...
- Pour le personnel de service : des formations sur le service hôtelier, la nutrition des personnes âgées...

A noter : le livre blanc ALIM 50+⁴², source de la recommandation *supra*, recense les scénarii de pédagogie de formation.



ACTION STRATEGIQUE N°5 :

Mettre en place un plan de formation spécialisée aux enjeux liés à l'alimentation et aux interconnexions à mettre en place

II.C.2/ Mise en place d'une instance permettant de favoriser la transversalité et les synergies via la formation d'équipes de projet pluridisciplinaires

La recommandation n°29 de l'avis 92 du CNA⁴³ met en avant les espaces de dialogues et de choix.

« Promouvoir le maintien ou le développement d'espaces de dialogue et de choix dans les institutions hébergeant des personnes âgées à long terme (par exemple, EHPAD). Par exemple, permettre à la personne âgée de choisir ce qu'elle mange, avec qui et/ou à quelle heure elle mange. Repenser les commissions « menus » des services de portage, des institutions et des établissements de santé afin qu'elles soient des vrais lieux d'écoute des attentes et préférences des résident(e)s âgé(e)s concernant leur alimentation et des leviers de changement pour adapter l'offre alimentaire de ces établissements aux attentes et préférences des résident(e)s âgé(e)s. Faire évoluer les commissions « menus » vers des commissions « alimentation » en élargissant leur champ d'action, en favorisant l'émergence de « partenariats » (faire « avec » et non faire « pour

⁴¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁴² <https://www.alim50plus.org/>

⁴³ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

») entre bénéficiaires âgés, leurs représentant(e)s et les professionnel(le)s et en les rendant pluri-annuelles ».

En lien avec cette recommandation, le projet « Les Bienfaisants » met en exergue la nécessité d'optimiser le fonctionnement des commissions des menus⁴⁴ en la faisant évoluer vers une instance participative incluant :

- Des représentants des résidents avec un pouvoir décisionnel ;
- Des membres du personnel soignant ;
- **L'équipe restauration au complet** ;
- Le diététicien ;
- **L'animateur présent dans les structures** ;
- Des représentants des familles des résidents ;
- La direction des établissements.

Dans le prolongement de cette recommandation, le rapport national « Maison Gourmande et Responsable »⁴⁵ met en avant la **nécessité d'organiser des réunions pluridisciplinaires fréquentes** (par exemple hebdomadaires).

Le programme CuisinonsPlusBio de l'Agence BIO a constitué une équipe de chefs prêts à s'investir pour travailler les différents leviers possibles permettant l'introduction de **produits de qualité et durable et contribuer à l'atteinte de 20 % de bio en restauration sanitaire**. Ce programme a permis de travailler des modules de formation initiale en **lien avec le Ministère de l'Education Nationale** pour valoriser les métiers de la restauration collective et en fonction des besoins et moyens pourraient être activés **pour travailler l'accompagnement en formation continue**.

Enfin, le projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » a testé un format d'atelier dégustation avec les résidents, soignants et l'équipe de cuisine, pour adapter les recettes au ressenti. Le guide⁴⁶ du projet traite en détail de :

- la mise en place d'un groupe projet en EHPAD ;
- **l'adaptation de l'assiette aux besoins de chaque personne : les indicateurs, des astuces pratiques, le suivi en établissement** ;
- la mise en place d'ateliers sensoriels pour faciliter la consommation du repas et l'adaptation des recettes. Il contient des fiches pratiques d'ateliers.

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées⁴⁷ « encourage la réflexion pluridisciplinaire et la cohésion des équipes, par la création de groupes de travail, de comités de liaison en

⁴⁴ Outil visant à coordonner, évaluer et piloter les indicateurs de l'alimentation

⁴⁵ <https://www.maison-gourmande-responsable.org/>

⁴⁶ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

⁴⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

alimentation et nutrition (CLAN), de commissions... Cela permet de créer du lien entre les acteurs (entre professionnels, mais aussi avec les résidents et leurs proches). La prise en charge nutritionnelle d'un résident, elle aussi, dépasse le cadre de la restauration. Seule une mise en commun d'observations objectives, analysées sous des angles variés, permet de concilier de manière réaliste les considérations médicales et les contraintes logistiques, conduisant à des solutions réellement pertinentes.

La qualité de l'alimentation est le fruit d'un travail collectif, où chacun sait que son rôle est essentiel. Par exemple, si le cuisinier s'est intéressé à être formé, qu'il réussit une texture modifiée « bien sous tous rapports » et qu'elle est servie froide au résident, ou par un soignant grincheux et/ou pressé, voire en compagnie d'un voisin de table désagréable... Quel bénéfice en attendre ? ». Le recueil propose une fiche action (n°24) outillant les établissements dans la mise en place d'une commission des menus.

A noter : le temps disponible alloué au personnel médical (médecin coordonnateur) et aux diététiciens en EHPAD est très limité voire quasi-inexistant dans certains cas (postes non pourvus). Les recommandations relatives à la formation des équipes et à la mobilisation de compétences diététiques sont donc à adapter en fonction des contraintes précitées.

Par ailleurs, **l'implication du personnel est indispensable au bon fonctionnement de la commission.**



ACTION STRATEGIQUE N°6 :

Former une équipe projet pluridisciplinaire encadrée et budgétisée par la direction

II.D/ Identifier les pratiques à modifier et mettre en place d'une communication pour les faire évoluer

Point d'attention : l'enjeu des Compléments Nutritionnels Oraux pourra être réexaminé aussi dans le contexte global sur l'alimentation des personnes âgées dans les futurs travaux du groupe de travail Nutrition. En effet, cela relève de la couverture de besoins nutritionnels et donc du mandat de ce groupe de travail.

Il convient de travailler avec les différentes équipes les points suivants :

- **Mise en cohérence entre l'offre alimentaire et la stratégie de** prévention et lutte contre la dénutrition,
- Déployer une offre alimentaire enrichie travaillée avec le personnel médical : du fait de l'absence de synergie entre les équipes médicales et de restauration pour travailler l'offre alimentaire observée dans certains établissements, les médecins prescrivant les CNO n'explorent souvent pas la piste de l'augmentation de la densité nutritionnelle en lien avec l'équipe en charge de

la restauration et excluent la piste de la nourriture enrichie. L'alimentation enrichie n'est pas encore suffisamment reconnue et le statut de collation/goûter enrichi n'a pas encore trouvé sa place dans l'organisation des établissements médico-sociaux ;

- Réexaminer le recours aux CNO :

Point d'attention : les éléments relatifs à la consommation de CNO en établissements sanitaires et médico-sociaux pourront être revus et précisés dans le cadre des futurs travaux du groupe de travail nutrition sur l'alimentation des personnes âgées en EHPAD.

- Les CNO **relèvent d'une prescription médicale dans le cadre d'une dénutrition**. Ce sont des Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales (DADFMS)⁴⁸. Ils ne relèvent donc pas de la restauration. Les CNO ne peuvent pas être l'unique rempart à la dénutrition. Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées⁴⁹ rappelle que les CNO ne doivent en aucun cas constituer une solution de facilité, en remplacement de l'enrichissement. Sauf cas exceptionnel, l'enrichissement doit être utilisé en première intention avant tout recours aux CNO, plus coûteux et moins bien acceptés par les résidents, en particulier si l'augmentation des apports doit être maintenue sur de longues durées⁵⁰. Cette offre doit être connue des équipes de soins – Cf. encart ci-après.

Encart : les CNO

Les CNO sont des Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales (DADFMS)⁵¹, prescrits par un médecin. Ils ne relèvent donc pas de la restauration. Les CNO sont recommandés par les sociétés savantes à l'échelle internationale (et par la Haute Autorité de Santé) en cas d'insuffisance d'alimentation, par manque d'appétit. Il s'agit de produits très denses en calories et protéines (plus denses que l'alimentation habituelle) qui ont montré leur efficacité pour améliorer les apports protéino-énergétiques dans de nombreuses études cliniques⁵². Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées précise que la stratégie de prise en charge dépend du statut nutritionnel du résident, le recours aux CNO dépend donc du statut nutritionnel du résident (cf. V.F.3.b/Enrichissement – densification de l'alimentation).

⁴⁸ Les DADFMS ont leur propre réglementation : le règlement (UE) n°609/2013 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32013R0609>)

⁴⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁵⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁵¹ Les DADFMS ont leur propre réglementation : le règlement (UE) n°609/2013 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32013R0609>)

⁵² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

Il est ressorti de certaines auditions du groupe de travail certaines limites relatives à la proposition de CNO en établissement médico-sociaux :

1/ Au niveau de leur utilisation : il convient de rappeler que le recours au CNO ne doit pas être systématique et doit être limité aux résidents ayant un statut nutritionnel nécessitant leur utilisation. Les recommandations de la HAS « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » (2007) précisent les différents cas de figure (cf. figure *infra*). Les CNO ne remplacent pas les repas mais viennent les compléter uniquement si nécessaire⁵³ ; par ailleurs, le besoin en CNO doit être réexaminé au cours du temps ;

2/ Par rapport au moment de leur consommation : pour éviter une diminution de la consommation du repas (totalement contreproductive), les CNO ne doivent jamais être proposés au début des repas principaux. Il convient de les proposer de préférence en dehors des repas, plus de deux heures avant le repas suivant, par exemple sous forme de collation. Si le résident a un gros appétit, il est possible éventuellement le lui proposer juste après le repas⁵⁴ ;

3/ Au niveau de leur appétence : les CNO sont parfois pas entièrement consommés : la consommation moyenne est de 60 % de ce qui est prescrit⁵⁵. Selon la HAS (2007), en cas de besoin avéré de CNO, les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps ;

4/ Au niveau de leur coût élevé et de leur gaspillage : les CNO sont plus coûteux et moins bien acceptés par les résidents **que l'enrichissement**⁵⁶.

- Prescriptions de textures adaptées : les repas hachés et mixés doivent être prescrits de manière adaptée : le fait de mixer un repas a tendance à réduire la densité nutritionnelle du repas (le **simple fait d'ajouter de l'eau réduit la densité** énergétique). Il convient de réévaluer périodiquement le recours aux textures modifiées : les résidents peuvent voir leurs besoins évoluer ;
- Alimentation thérapeutique : Il convient de réévaluer la **pertinence d'une prescription** d'alimentation thérapeutique. Certains régimes sont parfois prescrits par habitude et sans fondement scientifique et affectent la prise alimentaire car ils impactent négativement les propriétés organoleptiques des denrées ;
- Organisation adaptée des repas : les horaires des repas doivent être organisés **pour optimiser la prise alimentaire des convives (délai entre deux repas, ...)**, et

⁵⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁵⁵ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁵⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

non pas en fonction des contraintes du personnel en charge de la distribution des repas, en particulier pour éviter un jeûne prolongé ;

- Prise en compte du rôle pivot du service : le service contribue à la prise alimentaire et les formations relatives au service doivent intégrer cet aspect ;
- Réflexion à mener sur la place à accorder aux **formes d'alimentation** contribuant à la lutte contre la dénutrition et le gaspillage alimentaire, à l'instar de l'enrichissement de certaines denrées (gâteaux, sauces, ...).



ACTION STRATEGIQUE N°7 :

Faire évoluer les pratiques sujettes à évolution (recours aux CNO à mettre en perspective avec l'offre alimentaire, alimentations thérapeutiques à réexaminer, recours aux repas mixés à réviser dès que possible, organisation des horaires de repas à étoffer, distribution du repas à mieux prendre en compte)

II.E/ Adapter les textures – harmonisation

La Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM)⁵⁷ et l'AFDN recommandent que les adaptations de textures soient établies selon les recommandations internationales de l'*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*. Cette recommandation rejoint la recommandation n°26 de l'avis n°92 du CNA⁵⁸ « *Promouvoir l'utilisation de la norme IDDSI pour la préparation des repas en texture modifiée, de façon à avoir un référentiel commun entre les aidants à domicile, l'hôpital et les institutions* ». L'adoption de l'IDSSI pourrait être facilitée par une intervention auprès du personnel des établissements de soins pour personnes âgées dans la mesure où elle suscite, sans explications, une incompréhension par les soignants (elle est peu lisible et intuitive, la pyramide étant inversée entre les aliments solides et liquides). L'avis du CNA précité mentionne la faible utilisation actuelle de ce référentiel notamment en lien avec la complexité du guide de mise en œuvre⁵⁹. Des formations pourraient ainsi être déployées sur l'utilisation de la norme IDDSI.

Le projet « Les Bienfaisants »⁶⁰ fait le constat suivant : parmi les 48 EHPAD étudiés, aucun n'utilise le référentiel IDDSI.

Le guide⁶¹ du projet « *Plus de Bio dans l'Assiette de nos Aînés* » rappelle l'importance de la nomenclature IDDSI qui permet d'utiliser un langage universel et standardisé des textures modifiées et des liquides épaissis utilisés auprès des personnes souffrant de

⁵⁷ Vaillant M.F. et al., 2019. Revue générale : recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM).

⁵⁸ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-l'alimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

⁵⁹ https://www.iddsi.org/images/Publications-Resources/ImplementationGuides/FrenchHarmonised/03_iddsi_guidemeo_prosante_2022_frharmo.pdf

⁶⁰ <https://alimentation-ehpad-oliif1t.gamma.site/>

⁶¹ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

dysphagie. Le guide met notamment en avant le fait que la gestion des liquides est aussi importante que celle des solides pour garantir la sécurité et le confort.

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées co-signé par les ministères en charge de l'agriculture et de la santé⁶² alerte les établissements sur un point de vigilance : la décision de passage aux textures modifiées doit être confiée à un médecin ou à un diététicien et non aux infirmiers (IdE) et aides-soignants (AS). Ces derniers, de par leur position d'observateurs au quotidien, auront toutefois un rôle informatif et consultatif important.



ACTION STRATEGIQUE N°8 :

Prévoir une adaptation des textures selon les recommandations internationales de ***l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative***.

II.F/ Suivre la mise en place de la réglementation et de l'évolution des recommandations sur la qualité nutritionnelle des repas et les quantités servies en établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

Les grammages indiqués dans la Recommandation nutrition du Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (GEM-RCN)⁶³ de 2015 sont un appui précieux pour les opérateurs. Ils ne sont toutefois pas obligatoires et le projet « Maison Gourmande et Responsable » constate que seuls 14% des établissements appliquent ces recommandations qui sont considérées comme peu adaptées à la restauration en EHPAD et surévaluées pour certaines catégories.

La loi du 8 avril 2024 (article 30) portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit un arrêté sur la qualité nutritionnelle des repas proposés dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Ces travaux seront conduits au sein du groupe de travail Nutrition, qui prend la suite du GEM-RCN, pour élaborer les recommandations nutritionnelles en restauration collective, sur la base des avis d'expertise scientifique de l'Anses, du Haut Conseil de la Santé Publique et de Santé publique France.

En attendant l'actualisation des recommandations sur la qualité nutritionnelle des repas pour les différentes populations en restauration collective, les recommandations du GEM-RCN restent utilisées comme référence. Pour rappel, il s'agit de recommandations. Les grammages sont avant toute chose des indications.

⁶² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁶³ https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/nutrition/nutrition.pdf

Une latitude d'adaptation peut être envisagée pour ajuster leurs grammages aux appétits des résidents.



ACTION STRATEGIQUE N°9

Suivre la mise en place de la réglementation et de l'évolution des recommandations sur la qualité nutritionnelle des repas et les quantités servies en établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

II.G/ Expérimenter les innovations visant à réduire le gaspillage alimentaire et à optimiser la prise alimentaire

L'alimentation doit être travaillée pour s'adapter au mieux aux consommateurs et optimiser la prise alimentaire.

Depuis plusieurs années, de **nouvelles formes d'alimentation** ont été mises au point, à l'instar du travail sur les repas texturés/mixés (ex : certains plats avec une texture en petits morceaux associés à des préparations permettant de faciliter l'identification des denrées pour remplacer les repas mixés ou hachés) et du « manger main ».

A noter : le « manger main » peut être une solution mais le recours à des produits frits ou panés est trop souvent la règle, il se dégage donc la nécessité de prévoir une **évolution de l'offre** afin de pouvoir la diversifier et ne pas la limiter aux produits frits/panés. Par ailleurs, **beaucoup d'établissements souhaitent** aller en ce sens mais le déploiement du « manger main » nécessite un accompagnement de la démarche auprès du cuisinier et du personnel soignant, notamment pour convaincre les familles **qu'il n'est pas socialement dégradant** de manger avec les mains.

Il apparaît nécessaire de continuer à mettre au point des innovations culinaires pour faciliter la prise alimentaire thérapeutique, à des fins de lutte contre la dénutrition.

Dans le prolongement de cette idée, Christophe Mari met en exergue le rôle de **l'innovation technologique dans le livre** « Le repas est un soin ! » qui « *apparaît comme un levier stratégique, non pas pour déshumaniser les services, mais pour soutenir les équipes et améliorer leur quotidien* ».

En effet, de telles innovations concourent à « *réduire la charge physique* », « *éviter les déplacements inutiles* », « *fiabiliser la traçabilité des prestations* » et à « *garantir une personnalisation plus fine du repas, en tenant compte des préférences, des contraintes médicales et des besoins spécifiques* ». Les innovations suivantes peuvent être listées :

Au niveau de la distribution :

- « *Des chariots connectés intelligents qui permettent une traçabilité des plateaux, un maintien thermique optimisé, et qui facilitent le travail des agents* » ;

- « Des écrans tactiles installés dans les halls ou selfs permettant de consulter les menus, les provenances des aliments, les labels ou les informations allergènes, tout en valorisant les engagements durables de l'établissement ».

Au niveau de la planification, il existe « des outils intégrant l'intelligence artificielle étant capables d'anticiper les flux, les stocks ou les préférences alimentaires en fonction de la météo, du jour de la semaine ou du profil », « certains établissements utilisent même des QR codes apposés sur les plateaux, permettant aux résidents de donner leur avis immédiatement, facilitant une amélioration continue et réactive du service », « pour les résidents les plus fragiles ou peu familiers des interfaces tactiles, des assistants vocaux permettent de commander un repas à la voix, renforçant l'inclusion et l'autonomie ».



ACTION STRATEGIQUE N°10:

Examiner la possibilité d'intégrer les innovations culinaires et technologiques permettant d'optimiser la prise alimentaire en établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

Les actions stratégiques déployables par le personnel de direction doivent être assorties d'actions opérationnelles faisant partie intégrante d'un plan d'action, dans l'objectif d'assurer la durabilité de l'offre alimentaire. Le groupe de travail propose en troisième partie du présent livrable une liste d'actions, non exhaustives, destinées à l'ensemble du personnel des établissements médico-sociaux.

III – Mise en œuvre d'un projet et d'un plan d'action en établissement

III.A/ Méthode d'élaboration du projet et d'un plan d'action en établissement

La méthode d'élaboration du projet et du plan d'action pourrait être envisagée comme suit :

1- Définition du pilotage et de l'équipe

Avant toute chose, il convient de souligner l'importance du fait que l'impulsion émane de la direction, afin d'assurer une adhésion et une collaboration entre les équipes. Par la suite, il est préconisé de former une équipe pluridisciplinaire incluant des représentants du personnel soignant, médical, en charge de la diététique, de la logistique et de la restauration, mais aussi le personnel de direction et les convives. Une fois l'équipe formée, il est souhaité de désigner un comité de pilotage du projet qui aura la charge de définir le plan d'actions et de s'assurer de sa mise en œuvre. Il est fortement préconisé que l'équipe de projet pluridisciplinaire soit reconnue par la direction. La direction doit par ailleurs en être partie prenante.

2- **Réalisation de l'état des lieux** initial et des constats

L'état des lieux permet non seulement d'avoir un t0 initial servant de référence mais il permet aussi de prioriser les actions à engager en fonction du diagnostic et sert de base pour élaborer le plan d'action. Il est assorti de constats d'ordre qualitatif.

Avant de mettre en place des actions, il convient de s'assurer de pouvoir être en capacité de les évaluer. Pour ce faire, il est conseillé d'établir une liste d'indicateurs (Cf. paragraphe *infra*) et de procéder à une évaluation de ces indicateurs à l'état initial (état des lieux). Le déploiement des actions doit être suivi à l'aide d'indicateurs selon un calendrier formalisé au préalable.

3- Définition des objectifs : **la cible (ce que l'on veut faire et le délai)**

Prévoir un suivi de l'atteinte des objectifs à l'aide d'indicateurs précis (Cf. paragraphe *infra*).

4- **Délimitation du plan d'action pour aller du constat à la cible**

Sur la base des objectifs définis, et de l'état des lieux initial, identifier les leviers d'action à mettre en œuvre à court, moyen et long termes pour atteindre les objectifs, et les formaliser dans un plan d'action pluriannuel discuté dans le comité de pilotage.

5- **Analyse des moyens à mettre en œuvre** permettant de prioriser les actions à entreprendre

Pour chaque action, il est conseillé d'associer des moyens. A titre d'exemple, il peut s'agir du nombre d'heures ciblées, du budget alloué. L'idée est de dimensionner le plan d'actions aux capacités de l'établissement, que ce soit en termes de moyens humains et financiers.

6- **Expérimentations/tests de mise en œuvre d'actions**

Des tests/expérimentations peuvent être mis en place de manière temporaire pour pallier la problématique de la réticence au changement mais aussi pour perfectionner la mise en œuvre des actions.

7- Evaluation régulière des actions

L'impact actions est évalué régulièrement pour prévoir des ajustements et pour générer une dynamique.

8- **Mise à jour du plan d'action**

Le plan d'action peut être mis à jour en fonction des résultats obtenus, certaines actions peuvent être ajustées, d'autres peuvent être supprimées ou renforcées en fonction des résultats.

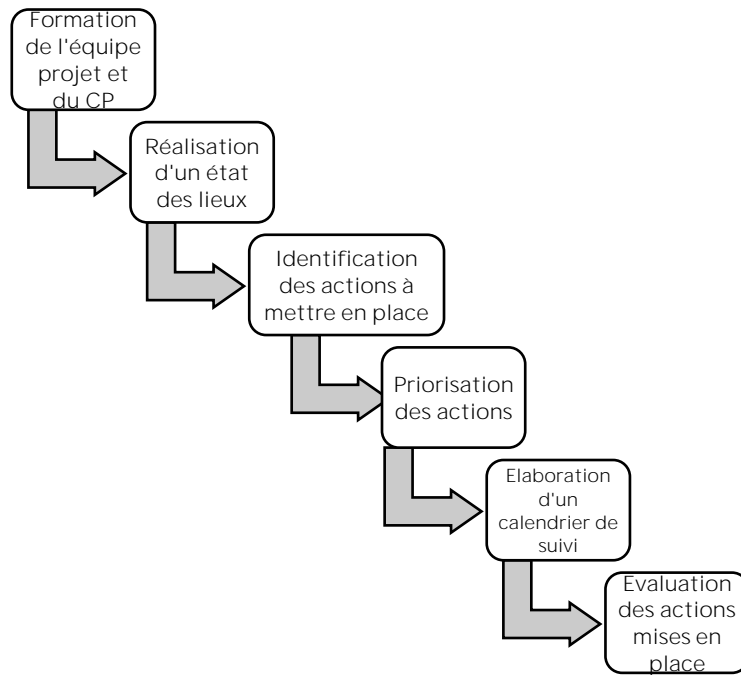


Figure 3 Les différentes étapes du plan d'action, CP = comité de pilotage

A noter : il est nécessaire de **communiquer sur le plan d'action**. La valorisation de **l'ensemble du personnel est cruciale et déterminante** dans la réussite du projet. Il est fortement souhaitable de valoriser « *chaque maillon de la chaîne* » (aide-soignant, infirmier, ingénieur restauration, diététicien, logisticien, cuisinier, ...). **L'implication du personnel est déterminante dans la réussite du plan d'actions.**

Un moyen de valoriser le personnel est tout simplement de travailler les repas des personnels : cela « *représente un levier puissant de prévention en santé au travail, de bien-être et de reconnaissance* »⁶⁴.

Les habitudes de vie, les envies et besoins et les attentes des personnes accompagnées et « objectifs » recueillis dans le projet doivent être pris en compte pour déterminer une stratégie alimentaire globale.

ACTION N°1 :

Mettre en œuvre un projet collectif, sous l'impulsion de la Direction, avec un plan d'actions, assorti d'indicateurs de suivi

III.B/ Réalisation d'un diagnostic initial et délimitation d'indicateurs

Les indicateurs doivent permettre d'évaluer :

- Les niveaux de déchets alimentaires ;

⁶⁴ Christophe Mari, « Le repas est un soin », 2025

- La prévalence de la dénutrition ;
- Les taux de prises alimentaires (**c'est-à-dire** la consommation des résidents, évaluée à la fois en termes de poids mais aussi et surtout en termes de calories, si possible en distinguant la part protéique) ;
- Les **pratiques en termes d'administration de CNO** : évaluation de la consommation et des calories consommées ;
- La satisfaction des convives ;
- Les **taux d'approvisionnements en produits durables et de qualité**.

IMPORTANT : il est impératif de combiner le suivi du gaspillage alimentaire et celui de la consommation alimentaire, conformément aux orientations convenues dans le mandat du groupe de travail. La lutte contre le gaspillage alimentaire doit servir la qualité et la durabilité des approvisionnements et optimiser les niveaux de prises alimentaires.

Dans la mesure du possible, il est préconisé de suivre de manière personnalisée les habitudes de vie, les envies et besoins et les attentes des personnes accompagnées et de prévoir un projet personnalisé de la personne.



ACTION N°2 :

Prévoir une évaluation de la consommation alimentaire des convives conjointement à celle du gaspillage alimentaire, de la qualité et de la durabilité des approvisionnements en denrées alimentaires et de la satisfaction des convives

III.B.1/ Les indicateurs du gaspillage alimentaire

La plateforme numérique « [ma cantine](#) » dispose d'un espace de saisie de données permettant de déposer les données de déchets alimentaires de manière ergonomique. A cet effet, « *ma cantine* » propose une liste d'indicateurs.

Des captures d'écran de l'espace de saisie de données sont présentées en Annexe 5.

Il existe plusieurs types de saisies de pesées ayant un degré de difficulté différent :

- Saisie simplifiée : données de déchets alimentaires agglomérées sans distinction de la source de déchets alimentaires, c'est-à-dire que les déchets alimentaires issus des excédents de préparation (en cuisine), des excédents présentés aux convives et non servis (au niveau des chariots repas par exemple) et des restes plateaux ne sont pas séparés ;
- Saisie niveau 2 : données de déchets alimentaires différenciées en fonction de la source de déchets alimentaires sans distinction des déchets alimentaires comestibles (fraction comestible des déchets alimentaires assimilable à du gaspillage alimentaire) et non comestibles (arrêtes, épiluchures, peaux de bananes, ...). Dans un souci de simplification, les pesées des fractions comestibles et non comestibles des déchets alimentaires ne sont pas séparées

pour ceux qui n'ont pas les moyens, le [ratio de l'ADEME](#)⁶⁵ est appliqué automatiquement ;

- Saisie niveau 3 : données de déchets alimentaires différenciées en fonction de la source de gaspillage alimentaire et en distinguant les déchets alimentaires comestibles et non comestibles.



Figure 4 Données de déchets alimentaires demandées pour le niveau 3

L'indicateur pour la saisie simplifiée est le suivant :

- Poids des déchets alimentaires (g/convive/repas) ;

Les indicateurs pour la saisie niveau 2 sont :

- Poids des déchets alimentaires issus de la préparation (cuisine) (g/convive/repas) ;
- Poids des déchets alimentaires issus des excédents présentés aux convives et non servis (restes de chariots par exemple) (g/couvert) ;
- Poids des déchets alimentaires des restes plateaux (g/couvert).

Les indicateurs pour la saisie niveau 3 sont les suivants :

- Poids des déchets alimentaires comestibles et non comestibles issus de la préparation (cuisine) (g/convive/repas) ;

⁶⁵Pour les déchets issus du service, lorsque la séparation des déchets comestibles et non comestibles ne peut pas être effectuée, un ratio de 15% peut être utilisé pour soustraire la part non comestible des déchets alimentaires et ainsi calculer la part des déchets assimilée à du gaspillage alimentaire. Ce ratio peut être adapté en fonction de la nature des déchets (par exemple augmenter le ratio si, par exemple, il y a beaucoup d'épluchures).

- Poids des déchets alimentaires issus des excédents présentés aux convives et non servis (restes de chariots par exemple) comestibles et non comestibles (g/couvert) ;
- Poids des déchets alimentaires des restes plateaux comestibles et non comestibles (g/couvert).

A noter : si possible, que ce soit qualitativement ou quantitativement, il est préconisé **d'analyser les déchets alimentaires (en fonction des composantes et du type de denrée) et d'étudier la popularité des plats ou de détecter d'éventuelles difficultés de consommation.**

III.B.2/ Les indicateurs d'ordre nutritionnel

Afin de pouvoir faire évoluer et adapter au mieux l'offre alimentaire, le groupe de travail recommande de procéder au suivi de la consommation des convives qui peut être appuyé par une adaptation des fiches alimentaires des résidents.

Les indicateurs d'ordre nutritionnel proposés sont les suivants :

- Suivi régulier du poids des résidents, a minima mensuel, pour repérer la perte de poids ;

La fiche n°34 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées⁶⁶ explique en détail la méthodologie du diagnostic de la dénutrition. Le même recueil comporte différents outils mobilisables pour procéder au diagnostic (courbe de poids, grille de surveillance alimentaire, test MNA visant à évaluer la sévérité de la dénutrition).

- Evaluation de la consommation des CNO : poids des CNO jetés par jour par convive/poids des CNO administrés, **combinée** à l'évaluation du coût de CNO prescrits moyen par convive ;
- Evaluation de la consommation des convives : valeur calorique des restes assiettes / valeur calorique des assiettes proposées (si possible en évaluant de manière séparée les composantes protéiques). Compte-tenu de la difficulté opérationnelle de cette évaluation, il peut être envisagé de simplifier **l'évaluation en évaluant** le grammage consommé et en la combinant avec une appréciation qualitative de la nature des denrées consommées (protéines, lipides, glucides ;
- **Evaluation de l'offre en** produits alimentaires enrichis : pourcentage **d'augmentation** de produits enrichis proposés (exemples : crèmes desserts enrichies, potages enrichis, ...) par rapport à la situation initiale.

⁶⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

III.B.3/ Les indicateurs de satisfaction

Il s'agit d'évaluer le taux de satisfaction des convives. Plusieurs méthodes sont mobilisables : distribution de questionnaires, échanges avec les équipes, ...

Ces indicateurs de satisfaction peuvent aussi cibler le personnel : il est toujours pertinent de s'assurer que le personnel soit concerné de façon positive par la mise en place du plan d'action.

III.B.4/ Les indicateurs concernant la qualité et la durabilité des approvisionnements en denrées alimentaires

Les indicateurs doivent être cohérents avec les modalités de télédéclaration.

Il s'agit des valeurs hors taxe des achats totaux de denrées alimentaires destinées à entrer dans la composition des repas servis pour chaque restaurant collectif dont les déclarants ont la charge. Les informations à saisir dans « ma cantine » correspondent au total des achats pour chaque groupe de catégories de produits présentés dans la matrice ci-dessous selon le mode de saisie choisie :

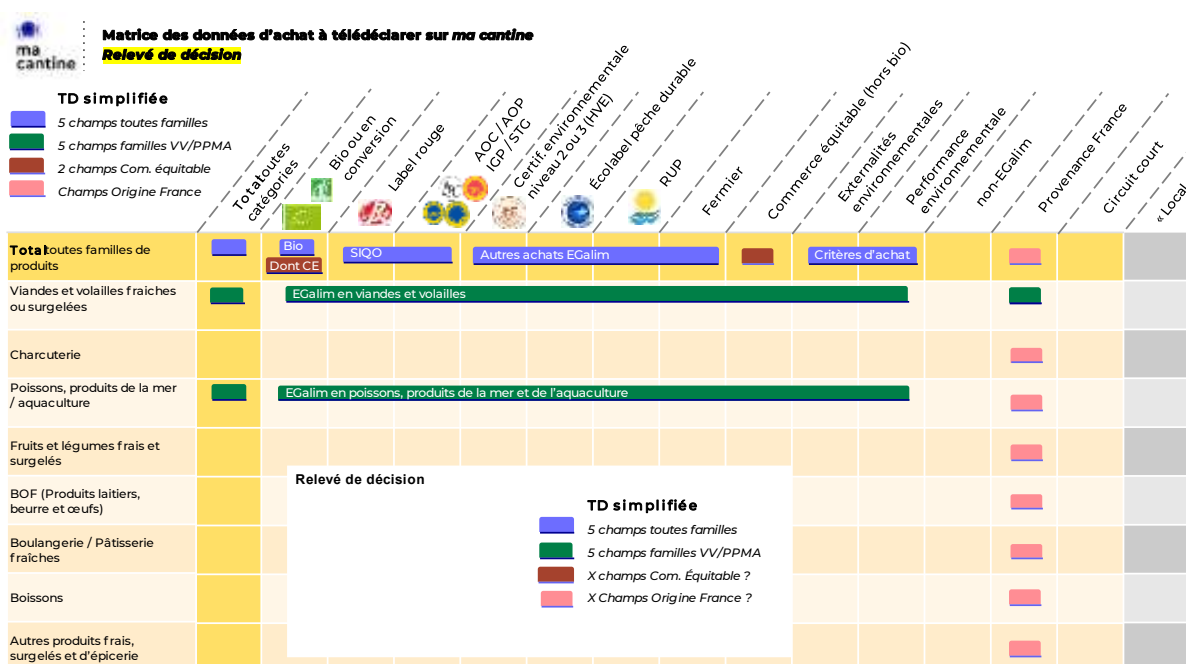


Figure 4 Matrice des données d'achat à télédéclarer sur « ma cantine »

III.C/ Les 3 axes stratégiques d'action mobilisables dans le plan d'action

Il est possible de dégager 3 axes stratégiques pour adapter l'offre alimentaire et réduire le gaspillage alimentaire :

- L'ajustement de la production du nombre de repas en simplifiant les régimes et leurs déclinaisons ;
- **L'adaptation de l'offre alimentaire ;**
- **L'adaptation de l'environnement de prise de repas.**



Figure 6 Mise en place d'actions pour réduire le gaspillage alimentaire en établissement médico-social accueillant des personnes âgées

IV/ Axe 1 : Faire évoluer la structuration de l'offre alimentaire : vers une simplification du nombre de régimes et de déclinaisons

A noter : le sujet de la couverture des besoins nutritionnels sera traité en groupe de travail nutrition.

IV.A. / Adopter une offre alimentaire conforme aux recommandations du PNNS

Le Haut Conseil de la santé publique⁶⁷ a actualisé les repères alimentaires du PNNS des personnes âgées à partir de l'avis de l'Anses⁶⁸ relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans. Ces nouveaux repères alimentaires vont servir de support pour l'élaboration et la communication des messages par Santé publique France qui seront disponibles fin 2026 sur mangerbouger.fr.

Cet avis est ciblé pour les personnes âgées de plus de 75 ans, considérant les risques nutritionnels principaux à partir de cet âge que sont la dénutrition et la sarcopénie (déclin de la force et de la masse musculaire). Les repères nutritionnels ont donc pour objectif de prévenir ces risques, en soulignant l'importance de maintenir le plaisir de manger pour guider les choix, améliorer l'appétit et assurer une stabilité pondérale. L'ensemble de l'alimentation doit être suffisante en qualité et en quantité, en respectant des repas réguliers.

Point de vigilance : Les repères alimentaires sont définis pour les personnes en bonne santé.

⁶⁷ Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, 18 mai 2021

⁶⁸ AVIS révisé de l'Anses relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans AVIS révisé de l'Anses relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans



ACTION N°3 : Dans l'attente des recommandations issues du GT « Nutrition » du CNRC, respecter les recommandations du GEM-RCN de 2015 et prendre en compte les repères alimentaires du PNNS du Haut Conseil de la Santé Publique

V.B/ Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes

A noter : le sujet de la couverture des besoins nutritionnels sera traité en groupe de travail nutrition.

Le Haut Conseil de la santé publique⁶⁹ précise que les régimes d'exclusion (sans sel, sans gras, etc), les régimes amaigrissants et les régimes déséquilibrés (en particulier en protéines, en glucides) sont à proscrire quels qu'ils soient en dehors d'indications médicales.

De manière conjointe, le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées⁷⁰ recommande dans la fiche n°23 **d'assouplir voire de supprimer les régimes** : « *Les régimes restrictifs (sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu) exposent la personne âgée à un risque de dénutrition car ils induisent une monotonie alimentaire, une anorexie et finalement une diminution des apports. Or, chez la personne très âgée, les risques de comorbidité associés à la dénutrition sont plus élevés et graves que ceux associés à un diabète ou une hypercholestérolémie, par exemple. Les régimes restrictifs doivent donc être proscrits chez la personne âgée, sauf exception médicalement justifiée* ».

Le suivi d'un régime restrictif augmente de 3,6 fois la probabilité d'être à risque de dénutrition⁷¹.

L'addition d'un ou plusieurs régimes peut ajouter de la complexité et contribuer à la non-consommation des repas et augmente le risque de dénutrition^{72,73}. La Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM)⁷⁴ et l'AFDN recommandent ainsi, à titre d'exemple de :

- **supprimer l'alimentation** intitulée « sans acide et/ou sans épice » dans la mesure où elle n'a aucune indication (sauf hypersensibilité buccale, digestive

⁶⁹ Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, 18 mai 2021

⁷⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁷¹ Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées - https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁷² Preiser JC et al., 2016. Epidémiologie de la dénutrition chez le malade hospitalisé. In : Traité de la nutrition clinique. SFNEP ; 2016. P. 2071-115.

⁷³ Vaillant M.F. et al., 2019. Revue générale : recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM).

⁷⁴ Vaillant M.F. et al., 2019. Revue générale : recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM).

ou allergie alimentaire) ni aucun fondement scientifique en dehors d'une sensibilité buccale, notamment pour certaines épices et pouvant être en lien avec des lésions de la muqueuse ;

- ne pas exclure tous les produits laitiers dans le cadre de l'intolérance au lactose ;
- **ne pas pratiquer abusivement d'alimentation sans gluten**, hors maladie cœliaque diagnostiquée médicalement.

Il est recommandé de ne pas combiner⁷⁵ plus de deux alimentations thérapeutiques restrictives en raison du risque de dénutrition (association de plusieurs types d'alimentations prescrites). En effet, la SFNCM et l'AFDN indiquent que l'accumulation de plusieurs niveaux de restrictions alimentaires rend « *difficile et aléatoire* » l'élaboration de plateaux repas pour les professionnels en charge de la restauration. Ceci expose à une diminution de la prise alimentaire et un risque augmenté de dénutrition^{76,77,78}. **A titre d'exemple, si une prescription thérapeutique combine texture modifiée, sans résidu et pauvre en sel, cela impactera son acceptabilité sur les plans visuel et gustatif. Il convient de préciser que la texture modifiée peut être anorexigène.**

De fait, il se dégage la nécessité d'évaluer le rapport bénéfice/risque des régimes restrictifs en hiérarchisant les besoins du convive et en se limitant à une ou deux prescriptions thérapeutiques indispensables.

La SFNCM et l'AFDN demandent à ce que les systèmes informatisés de prise de commande des repas doivent limiter les combinaisons d'alimentation thérapeutique à deux possibilités⁷⁹.

Selon la SFNCM et l'AFDN, de nombreuses prescriptions **d'alimentations** thérapeutiques réduisent la variété des consommations et exposent à une alimentation plus monotone. Elles augmentent aussi le risque de carences (exemple **d'une alimentation sans résidu et de carence en vitamine C**).

Le guide⁸⁰ du projet « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés » insiste sur la nécessité **d'adapter sans sur-adapter**. En effet, une « sur-adaptation » peut impliquer une perte de plaisir (plats mixés ou trop mixés, peu reconnaissables), une réduction de la mastication et donc une baisse de la stimulation sensorielle et un risque accru de dénutrition par désintérêt pour le repas.

⁷⁵Le terme « combiner » correspond à l'association de plusieurs types d'alimentations prescrites.

⁷⁶Thibault R et al. (2011). Assesment of food intake in hospitalized patients : a 10year comparative study of a prospective hospital survey. Clin Nutr 2011 : 30(3) : 289-96.

⁷⁷Dupertuis YM et al. (2003). Food intake in 1707 hospitalized patients : a prospective comprehensive hospital survey. Clin Nutr Edinb Scotl 2003, 22(2), pp/ 115-23.

⁷⁸Coti B. et al. (2015). Lutte contre les régimes restrictifs à l'hôpital : l'expérience du centre hospitalier universitaire de Lausanne. Nutri Clin Metab 2015 : 29 (1) : 54-7.

⁷⁹ Hors cas exceptionnels gérés uniquement par les médecins ou diététiciens.

⁸⁰ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>



ACTION N°4 : Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes

IV.C/ Réévaluer les besoins de prescriptions d'alimentations thérapeutiques, plus onéreuses et souvent moins appréciées par les convives

Le Haut Conseil de la santé publique précise dans son avis⁸¹ que les régimes sur prescription médicale suivis de longue date doivent être réévalués par le médecin à partir de 75 ans pour s'assurer de leur adéquation avec les besoins de la personne. Par ailleurs, les régimes d'exclusion suivis de longue date (végétarien, végétalien) nécessitent une vigilance particulière par rapport au risque élevé de carences à partir de 75 ans.

La SFNCM⁸² et l'AFDN recommandent que tout type d'alimentation thérapeutique soit réévalué dans le temps par le prescripteur, et si besoin par un médecin.

A titre d'exemple, un résident ayant besoin d'une alimentation mixée à un instant *t* peut ne plus en avoir besoin la semaine qui suit. Le retour à une alimentation standard facilitera une bonne prise alimentaire (les repas standards sont en général davantage appréciés des convives) et luttera contre la dénutrition (les repas standards sont souvent plus denses que les repas texturés, du fait de l'absence d'adjonction d'eau).

A ce titre, le rapport du projet « Maison Gourmande et Responsable » précise qu'« il est essentiel de renforcer la réévaluation régulière des textures modifiées et de s'interroger sur l'origine de la prescription initiale et sa pertinence à l'instant « *t* » ».

A noter : Il faut que cette évolution soit discutée avec les médecins, les ingénieurs restauration et les soignants **et/ou l'équipe hôtelière** pour être adaptée aux pathologies traitées. Comme mentionné *supra*, la texture modifiée peut être anorexigène.



ACTION N°5 : Réévaluer régulièrement la prescription des régimes et des textures modifiées des résidents

⁸¹ Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, 18 mai 2021

⁸² Vaillant M.F. et al., 2019. Revue générale : recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM).

IV.D/ Evaluer l'impact de la variation du nombre de composantes par repas et du fractionnement de la prise alimentaire pour favoriser la prise alimentaire et lutter contre la dénutrition

A noter : Il faut que cette évolution soit discutée avec les ingénieurs restauration/directeurs de la restauration ou chefs gérants, les diététiciens, les soignants et médecins pour être adaptée aux pathologies traitées. Ces simplifications doivent toutefois être discutées pour être adaptées aux pathologies.

Le projet « Repas à l'Hôpital » a chiffré une diminution du gaspillage alimentaire (de 12 à 33%) pour les personnes âgées en EHPAD public et long séjour consécutive à la mise en place d'un repas à 4 composantes avec enrichissement (entrée, plat⁸³, dessert) au lieu des 5 « traditionnelles ».

Le GIP RCCM⁸⁴ met en exergue le fait qu'un nombre excessif de composantes par repas peut générer du gaspillage alimentaire.



ACTION N°6 : Dans l'attente des travaux du GT nutrition, évaluer l'impact de la variation du nombre de composantes servies par repas en s'adaptant aux besoins du résident et du fractionnement de la prise alimentaire

A noter : le décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux précise le nombre de composantes devant être proposées (quatre ou cinq plats proposés à chaque déjeuner ou dîner). Le personnel de service devra donc **s'adapter aux besoins du résident**. Un travail d'encadrement de la qualité nutritionnelle des repas servis, en s'appuyant sur le cadre réglementaire existant (donc 4 ou 5 composantes) sera engagé par le groupe de travail nutrition du CNRC.

VI/ Axe 2 : Adaptation de l'offre alimentaire via la mise en place d'une politique d'achat visant à s'approvisionner en denrées durables et de qualité et la réalisation de recettes adaptées aux convives

Selon Vaillant et al. (2019)⁸⁵, la prise alimentaire est modulée par les conditions de prise du repas et peut être favorisée par une présentation appétissante des plats, la

⁸³ Plat = 2 composantes - protéine + accompagnement

⁸⁴ Groupement d'Intérêt public « Restauration collective du Centre Manche »

⁸⁵Vaillant M.F. et al., 2019. Revue générale : recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM).

qualité dans le choix des denrées alimentaires, la palatabilité⁸⁶ des recettes mais peut aussi dépendre de la densité nutritionnelle des plats à volume constant ou encore du fractionnement de la prise alimentaire notamment via le recours aux collations effectué de manière adapté.

V.A/ Un approvisionnement en produits durables et de qualité

La loi EGalim, complétée par la loi Climat et Résilience, a défini des obligations en ce qui concerne la qualité et la durabilité des produits entrant dans la composition des repas servis en restauration collective (voir la partie « Constat »).

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées⁸⁷ met en avant l'importance du choix des matières premières (fiche n°27) : « *La qualité organoleptique d'un plat dépend énormément de la qualité des ingrédients utilisés : dans vos arbitrages de fournisseurs, ne considérez pas uniquement les aspects financiers. Le choix des produits va également influencer sur la perception que les résidents auront de votre prestation* ».



ACTION N°7 : Mettre en oeuvre une stratégie d'achats permettant de s'approvisionner en produits durables et de qualité au sens de la loi

A cet égard, il est nécessaire d'élaborer une stratégie d'achat à l'échelle de l'établissement en se référant aux obligations législatives et aux travaux du CNRC.

Deux guides pratiques⁸⁸ ont été réalisés pour accompagner à la mise en œuvre d'achats durables et de qualité pour atteindre les obligations fixées par les lois EGalim et Climat et Résilience respectivement, l'un étant à destination des acteurs de la restauration collective en régie directe, l'autre étant à destination des acteurs de la restauration collective en prestation de service. Ces guides sont des outils d'accompagnement pour la mise en œuvre d'achats durables afin d'atteindre les obligations fixées par la loi EGalim et de la loi Climat et résilience.

En plus des deux guides précités, le guide⁸⁹ issu du projet « *Plus de Bio dans l'Assiette de nos Aînés* » piloté par RESTAU'CO met à disposition des établissements des conseils relatifs aux achats et au sourcing. Il met en exergue la nécessaire maîtrise des points listés *infra*.

⁸⁶La palatabilité est la caractéristique de la texture des aliments agréables au palais ; elle intervient dans le plaisir alimentaire

⁸⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁸⁸ <https://achats-durables.gouv.fr/restauration-collective-publique-deux-guides-pratiques-approvisionnement-durable-qualite-347>

⁸⁹ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

1. Le diagnostic

- Poser le diagnostic précis des achats existants (volumes, familles de produits, origines, signes de qualité et de durabilité, coûts)
- **Identifier les marges de progressions en termes de mise en œuvre de la loi EGalim et fixer des objectifs atteignables**
- Hiérarchiser les actions en commençant par les produits à fort potentiel de **conversion (lait, fruits, légumes, œufs) puis en élargissant aux filières plus complexes (viandes, charcuteries).**

Point de vigilance : **il ne faut pas vouloir aller trop vite dans le plan d'action.**

2. La structuration de la gouvernance interne

Ce projet mobilise toutes les dimensions de l'établissement : la direction (garant de la vision et des moyens), le service administratif (gestion de la contractualisation et du suivi des achats), la cuisine (mise en pratique du changement), le service diététique (maîtrise des apports nutritionnels), service apportant les repas aux résidents – en salle ou dans leur chambre (valorisation des produits), et le service soin (assurance du bien-être des convives).

Point de vigilance : **il ne faut pas négliger la concertation interne et veiller à former et impliquer les équipes.**

3. Le sourcing

Le sourcing permet aux établissements de connaître le tissu local de production et de distribution et aux producteurs/distributeurs de connaître les besoins et contraintes spécifique de la restauration médico-sociale.

La démarche du sourcing se découpe en 4 étapes : la définition des besoins (liste des familles de produits concernées, des volumes annuels, des périodes de consommation **et des conditions de livraisons**), **l'identification et la rencontre des acteurs, l'évaluation de l'opérationnalité (examen des tarifs, des capacités de production, des conditionnements proposés, des délais, de la logistique, des aspects relatifs à la sécurité sanitaire des aliments, ...)** et enfin **la formalisation de la relation par une convention, une forme de contractualisation plus souple ou un accompagnement de la structure vers la réponse à un appel d'offre.**

Les étapes clés d'un sourcing réussi sont l'identification des besoins prioritaires, le recensement des fournisseurs disponibles, l'organisation de la rencontre, le test d'un ou deux produits sur une courte période et l'ajustement des volumes, la formalisation et la fidélisation.

Point de vigilance : **la logistique doit être planifiée de manière à être fluidifiée. Il ne faut pas ignorer les contraintes logistiques.**

Le sourcing peut reposer sur les critères tels que la régularité de l'approvisionnement, la réactivité, les méthodes de production, la transparence, la qualité sensorielle et nutritionnelle, et la proximité logistique (hors marchés publics).

4. La gestion des coûts en jouant sur la saisonnalité⁹⁰ et en mutualisant les achats⁹¹, ainsi que la transformation/réorganisation interne.

A noter : la mutualisation et la coopération sont des leviers efficaces pour augmenter les volumes de la demande et justifier de la contractualisation directe avec le producteur. Ainsi, plusieurs établissements peuvent **s'unir pour passer un marché** commun, de partager une plateforme logistique, coordonner les livraisons, échanger sur les fournisseurs fiables.

5. La rédaction des marchés publics

L'intégration des produits éligibles à EGalim requiert une évolution de la rédaction du cahier des charges (allotissement, utilisation de critères de durabilité) et implique de challenger la rédaction des marchés publics en cours.

- ✓ Le GIP⁹² Cuisine Centrale Mende (48) a réalisé un travail avec la Chambre d'Agriculture pour développer son approvisionnement en produits issus de l'agriculture biologique. Il a également développé l'achat de bêtes sur pied en travaillant conjointement avec les services vétérinaires et l'abattoir. Par exemple, le GIP a travaillé avec des fermes bio de Lozère qui commercialisent des broutards (moins chers que le bœuf) et la partie légumineuse est aussi développée sur plusieurs producteurs. Par ailleurs, le GIP développe son recours à des produits déclassés à l'instar des fruits hors calibres, moins onéreux, pour réaliser des compotes.
- ✓ Le GIP RCCM a engagé un travail avec les producteurs agricoles de la Manche pour expliquer le fait que la restauration collective rémunère au juste prix. En effet, les producteurs locaux imaginaient que les opérateurs de la restauration collective ne peuvent pas rémunérer au juste prix et il a fallu engager un travail pour corriger cette vision.
- ✓ Le projet « Maison Gourmande et Responsable » qualifie le travail d'amélioration de l'approvisionnement dans les établissements participant au cours du projet comme un travail de longue haleine.
- ✓ Au Foyer du Romarin (34)⁹³, la restauration est à 80 % bio et 60 % préparée avec des produits locaux, pour un tarif inférieur à six euros par jour pour quatre repas (petit-déjeuner, déjeuner, collation, dîner). Le cuisinier René Galibert a

⁹⁰ S'appuyer sur le Réseau des Nouvelles des Marchés

⁹¹ En rejoignant un Groupement Hospitalier Territorial, un réseau hospitalier ou une centrale d'achat, les établissements peuvent disposer de prix avantageux

⁹² Groupement d'intérêt public (GIP) : permet à des partenaires publics et privés de mettre en commun des moyens pour la mise en œuvre de missions d'intérêt général.

⁹³ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

ainsi réussi à faire baisser le nombre de résidents présentant des symptômes de dénutrition dans l'établissement. « Au fil des années, la qualité des repas que nous servions s'était dégradée à cause de l'utilisation massive de produits standardisés issus de l'industrie agroalimentaire », résume le directeur Michel Aimonetti. « Nous ne faisons plus que de la cuisine d'assemblage à partir de produits prêts à l'emploi. Il fallait que cela change ! » Des produits plus frais, de saison, en vrac, épluchés en cuisine, des cuissons basse température, [...] et un regard vigilant porté sur les fournisseurs valorisent à la fois les assiettes et le travail des personnels de cuisine.

- ✓ À la Maison Saint Joseph à Jasseron (01)⁹⁴, l'audit a permis d'appuyer concrètement la volonté de l'établissement d'agir sur l'approvisionnement pour offrir une nourriture de meilleure qualité, produite localement et en circuit court. « L'organisation a été revue depuis les achats et la gestion des stocks, jusqu'aux grammages et au service à l'assiette, en passant par l'analyse des retours plateaux », rapporte Dominique Gelmini, ancien directeur de la résidence. « Et les résultats ne se sont pas fait attendre. En six mois, les déchets alimentaires journaliers par résident sont passés de 300 à moins de 60 grammes, soit une baisse de 7,3 tonnes en moyenne sur l'année. Les commandes pour certaines viandes ont baissé de 6 kg par repas, et les économies ainsi réalisées ont été réinvesties pour monter en gamme de produits frais, locaux et bio, sans augmenter le prix des repas. »

V.B/ Un approvisionnement en denrées adapté aux goûts des résidents

Il est important de suivre les prises alimentaires des résidents et d'évaluer la satisfaction pour identifier les recettes et produits posant difficulté et potentiellement adapter ses approvisionnements ou recettes en conséquence.

« Pour être efficaces, ces développements doivent prendre en compte les attentes, les préférences et les habitudes alimentaires des seniors »⁹⁵.

Le soin nutritionnel optimal serait de tendre vers la **proposition d'une alimentation** personnalisée prenant en considération les besoins nutritionnels des convives (quantité d'énergie, de protéines et de micronutriments principalement) et de leurs capacités à s'alimenter, tout en suivant leur statut nutritionnel. Une revue de la littérature datant de 2023⁹⁶ (Rinninella et al), incluant 19 études évaluant l'efficacité d'intervention visant à réduire les déchets alimentaires en améliorant les apports nutritionnels, conclut que la personnalisation du repas et l'efficacité du service auprès du résident peuvent améliorer l'apport nutritionnel tout en réduisant le gaspillage

⁹⁴ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

⁹⁵ Claire Sulmont-Rossé, Virginie van Wymelbeke, Isabelle Maitre. Perception des odeurs et préférences alimentaires chez la population âgée : quel impact sur la prise alimentaire et le statut nutritionnel ? *Nutrition & Endocrinologie*, 2016, 14 (77), pp.92-95.

⁹⁶Rinninella E. et al., 2023. Hospital Services to Improve Nutritional Intake and Reduce Food Waste : A Systematic Review, *Nutrients*, 15 (310).

alimentaire. Ceci peut être atteint grâce à un suivi actif des besoins nutritionnels individuels des résidents par les soignants et les diététiciens. Le recueil **d'actions publié** sur le site du Ministère chargé de la santé⁹⁷ contient une fiche (n°32) qui recommande de personnaliser le repas.

Le projet « Les Bienfaisants » a effectué un recueil direct des préférences des résidents en consultant directement 745 résidents issus de 48 EHPAD. Il en ressort les enseignements *infra*.

S'agissant du petit-déjeuner :

Il occupe une place importante dans les habitudes alimentaires des résidents : 97% des résidents questionnés déclarent apprécier le petit-déjeuner⁹⁸ avec :

- Une répartition équilibrée entre la baguette (32% en moyenne), le pain de mie (27%) et les biscottes (31%) ;
- Une nette préférence pour le croissant (40%) ;
- Une consommation traditionnelle de beurre/ confiture ;
- Un intérêt qualifié de marginal pour les produits du type « céréales ».

Concernant le déjeuner et le dîner :

Ces deux repas sont caractérisés par des préférences marquées pour :

- Le potage, très apprécié (83% des résidents). Les garnitures de prédilection sont notamment les croûtons (40%) et le fromage (28%) ;
- Les entrées avec un attrait pour la charcuterie, les carottes râpées, les betteraves, le chèvre chaud et les sardines ;
- S'agissant des plats principaux, le poulet est le plus apprécié (35%), suivi du saumon (26%), du bœuf et de la saucisse ;**
- Concernant les garnitures, la pomme de terre remporte tous les suffrages (38%) devant les pâtes (29%), a contrario de la semoule (9%), des légumes secs et du riz blanc. Les légumes les plus appréciés sont les haricots verts (29%), les carottes et le chou-fleur ;
- Pour ce qui relève des matières grasses, le beurre remporte un franc succès avec une préférence à hauteur **de 51% devant l'huile (32%)**.
- Au sujet des produits laitiers, le camembert remporte un large succès (43%) par rapport au yaourt (23%).

⁹⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

⁹⁸ Cette information est à prendre en compte dans l'optique de lutter contre la dénutrition : il est facile d'enrichir l'offre alimentaire grâce au petit-déjeuner, tout simplement en proposant des produits du type croissant, très appréciés par les convives.

-Pour les desserts, les fruits frais (31%) et la crème caramel (30%) sont particulièrement appréciés.

Au sujet du goûter

Le goûter est un instant repas à ne pas négliger, notamment dans la mise en place **d'une stratégie de lutte contre la dénutrition** : 68% des résident déclarent aimer prendre un goûter, dont la composition de prédilection est un gâteau fait maison (39%) ou du chocolat (19%). Les produits laitiers ne font pas l'unanimité et il ne semble pas pertinent de proposer ce type de denrées au goûter au regard du résultat de l'étude.

Important : les résultats de l'expérimentation ne sont pas généralisables et dépendent de plusieurs facteurs (recettes, présentations, profils de convives, ...).

Le groupe de travail recommande de recueillir les préférences des résidents pour **chaque catégorie alimentaire, à l'instar du projet cité plus haut, afin d'adapter l'offre** aux goûts, en cohérence avec les recommandations nutritionnelles du PNNS et les futurs travaux du groupe de travail nutrition du CNRC.



ACTION N°8 : Faire évoluer ses approvisionnements en fonction des résultats du suivi de la prise alimentaire et des retours des convives et du personnel

V.C/ Sélectionner ses denrées durables et de qualité en adoptant une méthode de production économiquement avantageuse

V.C.1/ Réflexion sur les postes énergie, logistique, eau et ETP⁹⁹ en cuisine

Le GIP Cuisine Centrale Mende a travaillé ses recettes pour réduire les consommations en eau, générer des économies et permettre d'accroître ses approvisionnements en produits durables et de qualité. S'agissant de la réduction de la consommation en eau, l'établissement a révisé ses recettes à base de féculents. Concernant la limitation des frais en énergie, l'établissement a mis en place une liaison chaude.



ACTION N°9 : Réfléchir à des recettes économes en énergie, eau et optimisant la charge de travail du personnel en cuisine

⁹⁹Un ETP est une unité de mesure proportionnelle au nombre d'heures travaillées sur une année par un salarié à temps plein.

V.C.2/ Le fait maison

Le « fait maison » est une mention qui peut être utilisée par les restaurateurs afin de valoriser leur offre auprès des résidents. L'usage de cette mention est réglementé par le décret n° 2014-797 du 11 juillet 2014 relatif à la mention « fait maison » dans les établissements de restauration commerciale ou de vente à emporter de plats préparés et transcrit dans le code de la consommation (section unique : utilisation de la mention « fait maison » (articles D. 122-1 à D. 122-3 du code de la consommation). Néanmoins, dans le cas de fabrication par une cuisine centrale [...] la mention « fait maison » ne peut être utilisée.

Le bénéfice est multiple dans la mesure où le « fait maison » permet potentiellement de :

- contribuer à valoriser, dans une certaine mesure, le travail des cuisiniers ;
- concourir à la qualité des produits dans la mesure où cela permet de procéder à **l'achat de produits bruts et donc** potentiellement moins chers ;
- augmenter la satisfaction des convives dans une certaine mesure ;
- favoriser la prise alimentaire (et donc de lutter contre le gaspillage alimentaire et la dénutrition).

A noter : il est important de **choisir ce qui doit être fait maison et ce qui n'en a pas forcément d'intérêt, en raisonnant sur les aspects de productivité** (économie de temps, d'énergie, temps du personnel) et d'investissements nécessaires.



ACTION N°10 : Si les conditions organisationnelles le permettent, choisir les produits pour lesquels le "fait maison" devrait être privilégié, en raisonnant en termes de gain de productivité

- ✓ Le GIP Cuisine Centrale Mende a mis en place des logiciels pour assurer un gain de temps de cuisiniers notamment sur la partie hygiène et sécurité sanitaire des aliments ainsi que sur la gestion de la production. Cela permet de dégager du **temps aux cuisiniers et d'augmenter la part de « fait maison »** permettant **d'économiser de l'argent**.
- ✓ Pour le GIP RCCM, le passage aux légumes frais a été permis par les innovations technologiques (cuisson de nuit ayant permis aux cuisiniers de faire eux-mêmes **les recettes plutôt que d'acheter des denrées transformées**).
- ✓ Le projet « Maison Gourmande et Responsable » souligne **le fait que, s'agissant des établissements participants, la favorisation de la préparation des repas fait-maison est de mise : ils représentent 76% des plats cuisinés sur place**.
- ✓ Pour le goûter, le projet « les Bienfaisants » **fait valoir l'offre en gâteaux « fait-maison »**, appréciés par les résidents.

V.C.3/ Réflexion sur l'installation de structures du type légumerie et pâtisserie

Certains gros sites de production ont fait le choix d'installer des structures de transformation du type légumerie ou pâtisserie pour faire des économies, soit au sein de leur propre établissement, soit en mutualisant ce type de structure avec d'autres établissements.



ACTION N°11 : Prévoir l'installation de structures de transformation pour faire des économies mobilisables dans l'achat de produits durables et de qualité

- ✓ Le GIP RCCM a installé une légumerie permettant de passer des commandes à la structure par un marché réservé : cette légumerie définit directement avec les producteurs les modalités d'approvisionnement.

V.D/ Diversifier les sources de protéines

L'avis 92 du CNA¹⁰⁰ met en avant que la diversification des sources de protéines et le rééquilibrage avec des protéines végétales doit être réfléchi dans le cas des personnes âgées afin de garantir un apport en protéines adapté et notamment pour prévenir la sarcopénie¹⁰¹.

Des recommandations seront élaborées en ce sens dans le cadre du groupe de travail Nutrition du CNRC.

Dans l'attente des recommandations précitées, le groupe de travail rappelle qu'il existe des différences entre protéines animales et végétales, et que ces différences doivent être prises en compte pour travailler l'offre alimentaire des personnes âgées.

D'après l'INRAE¹⁰², l'augmentation de la part de protéines végétales dans les assiettes, pour rééquilibrer et diversifier son alimentation, est conseillée dans le cadre du dernier Programme National Nutrition Santé. Mais elle soulève des points de vigilance pour les personnes âgées **quant au risque d'apport insuffisant en protéines** du point de vue nutritionnel.

En effet, d'après INRAE¹⁰³, il existe plusieurs différences entre les protéines animales et végétales :

¹⁰⁰ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

¹⁰¹ Dès 50 ans, la masse et la force musculaires diminuent de manière significative. Au-delà d'un certain seuil, ce phénomène est appelé sarcopénie.

¹⁰² <https://www.inrae.fr/actualites/jusquou-peut-vegetaliser-lalimentation-seniors-assurant-leurs-besoins-nutritionnels>

¹⁰³ <https://www.inrae.fr/alimentation-sante-globale/protéines-questions>

- en termes de composition en acides aminés : à titre d'exemple, dans le cas des céréales, un acide aminé, la lysine, est présent en quantité limitée. S'agissant des légumineuses, la méthionine et la cystéine, essentielles, sont en quantité limitée, alors que dans les protéines animales, l'ensemble des acides aminés essentiels sont présents en quantité suffisante ;

- **au niveau de l'effet « matrice »** lié aux autres nutriments présents dans les produits. A titre d'exemple, dans les produits du type viande, il est également possible de trouver du fer, du zinc, les vitamines B et en particulier la vitamine B12. Dans les légumineuses, il est possible de retrouver des fibres, des vitamines, des minéraux ou encore des phyto-micronutriments dont les polyphénols ;

- en termes de digestibilité des protéines (**capacité d'absorption par l'organisme**) : les protéines animales ont un excellent taux de digestibilité (90-99%), à la différence de celui des protéines végétales, variable, dans la mesure où certaines molécules présentes dans les composés végétaux (tannins, lectine saponine, acide phytique, inhibiteurs de trypsine, polyphénols , ...) **limitent la digestion des protéines, ceci étant** à moduler en fonction des méthodes de préparation ou de transformation qui peuvent influencer sur cette digestibilité.

Les besoins en protéines des personnes âgées sont souvent supérieurs à ceux **d'une** population plus jeune¹⁰⁴ et peuvent être majorés en cas de pathologie ou de maladie chronique.



ACTION N°12 : Prévoir une stratégie de diversification des sources de protéines réfléchi en présence de diététiciens/nutritionnistes et adaptée aux personnes âgées associée à l'achat en produits durables et de qualité

- ✓ Le GIP Cuisine Centrale Mende a travaillé en 2025 sur la diversification des sources de protéines et l'élaboration de fiches recettes et de menus associés. L'établissement s'est basé sur des recettes ancestrales (truffade, ...).
- ✓ Le GIP RCCM a réussi à convaincre les collectivités de privilégier la formation notamment pour apprendre à sublimer les légumes et à développer la diversification des sources de protéines. En effet, il est essentiel de maîtriser l'apport en macro et micronutriment dès qu'il s'agit de diversifier les sources de protéines de manière à éviter toute diminution de la prise alimentaire et d'écartier tout risque de carence. De fait, la cuisine doit être précise notamment pour les légumineuses qui doivent avoir des degrés de cuisson précis.

¹⁰⁴<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/denutrition-comment-veiller-a-une-bonne-alimentation>

- ✓ À Manduel, dans le Gard, le chef Lionel Senpau a réussi à mettre en place des plats végétariens avec une offre alimentaire de qualité. De même, les deux Ehpad de Mens et Corps (38), se sont réunis autour d'un même plan alimentaire. L'alimentation est érigée en source de bien-être et de soin global apportés aux quelque 140 pensionnaires. Actuellement, 23 % des achats alimentaires y sont bio et 32 % en local, l'approvisionnement en direct s'opérant essentiellement sur les fruits, légumes et viandes. Un repas végétarien a également été instauré chaque semaine. Associés, les convives participent même de temps en temps, et avec plaisir, à l'épluchage des légumes, ou même tous les jours comme à l'Ehpad Kersalic en Bretagne. Et certains établissements ou services sociaux ou médico-sociaux se fournissent... dans leur propre jardin !

Expérimentation - « Lundis verts - Une journée végétarienne » - octobre/mars 2025¹⁰⁵

Cette expérimentation a été menée par l'Anap sur 17 établissements et groupements d'établissements en France, sanitaires et médico-sociaux, publics et privés, internalisés ou concédés.

Les repas du lundi devaient être végétariens pour les patients et les résidents et/ou les professionnels. Il était possible d'étaler la diversification des sources de protéines des deux repas (équivalent d'une journée) sur plusieurs jours (par exemple, il était possible de prévoir un repas végétarien le lundi midi et le jeudi soir au lieu de « concentrer » les repas végétariens le lundi).

L'expérimentation a permis de mettre en exergue que la diversification des sources de protéines permet de générer des économies dans les établissements ayant participé à l'expérimentation, potentiellement mobilisables dans l'achat de produits durables et de qualité, à l'instar des produits de la famille « viandes ». Elle a également permis de révéler sur les sites ayant participé à l'expérimentation des gains en termes des émissions de gaz à effet de serre.

Les émissions de gaz à effet de serre évitées ainsi que des projections économiques associées varient selon les sites concernés et sont imputables :

- aux différences de périmètre choisi (self et/ou patients/résidents) et de nombre de repas servis par an ;
- à la proposition de menus végétariens préexistante, surtout le soir (omelettes, pâtes, pizzas...) ;
- aux types de menus "remplacés" ponctuellement par le menu végétarien.

¹⁰⁵ Cf. site de l'ANAP (fiche dédiée)

Important : les résultats de l'expérimentation ne sont pas généralisables et dépendent de plusieurs facteurs (recettes, présentations, typologie de convives, ...).

A noter : la thématique de diversification des sources de protéines fera l'objet de travaux spécifiques du groupe de travail « santé et médico-social », tels que prévus dans le mandat (Annexe 1).

V.E/ Travailler sur les méthodes de cuisson



ACTION N°13 : Privilégier certaines méthodes de cuisson pour une optimisation de la production

Selon les résultats du projet « Maison Gourmande et Responsable », seule la moitié des participants ont un mode de cuisson basse température, contribuant pourtant à l'optimisation des dépenses énergétiques (cuisson de nuit).

V.F/ Favoriser la prise alimentaire par la conception et la préparation de recettes adaptées aux besoins des résidents avec des propriétés organoleptiques de qualité

V.F.1/ Pour des recettes toujours goûteuses au moment de la prise alimentaire

V.F.1.a/ Prendre en compte les goûts des résidents

Afin d'assurer une prise alimentaire optimale, il est nécessaire de travailler le goût des denrées présentées aux la prise en compte des goûts et des habitudes alimentaires des résidents dans l'élaboration des menus.

Le guide¹⁰⁶ du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » met en avant les attentes différentes en fonction des générations des résidents en EHPAD. A titre d'exemple, il est préconisé de distinguer :

- Les *seniors d'après-guerre* (nés avant 1945) qui recherchent des plats rassurants, digestes, familiers, servis chauds, avec peu d'épices et des textures souples.
- Les *seniors baby-boomer* qui veulent une alimentation appétente, équilibrée, pouvant être vue comme « bonne pour eux ».

Cela fait écho à la fiche n°26 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹⁰⁷ qui insiste sur la composition de menus ayant un sens pour les résidents : « pour intéresser le résident et l'inciter à la

¹⁰⁶ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

¹⁰⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

consommation, les plats proposés doivent faire référence, autant que possible, à son histoire de vie, à la fois aux niveaux générationnel et local ».

Ce volet est fondamental, notamment en EHPAD, où le projet de vie personnalisé du résident constitue un élément central de **l'accompagnement des convives**.

Le recueil précité recommande également de privilégier les plats régionaux et reprend le témoignage d'Edith Werrn, directrice de l'EHPAD Les Fontaines de Lutterbach, « *C'est une question de souplesse. Nous fonctionnons en cuisine concédée mais c'est inclus dans le contrat. Au départ, nos résidents se sont plaints de ne recevoir que des plats « standards » : nous sommes en Alsace, et pourtant il n'y avait jamais de choucroute ! Nous avons donc négocié avec notre prestataire de pouvoir changer un plat par semaine par rapport au plan de menus national. Cela demande des efforts de part et d'autre, mais il suffit de faire des compromis (sur le coût des plats par exemple) et cela ne nuit pas à l'équilibre nutritionnel global ».*



ACTION N°14 : Concevoir des recettes gustatives et adaptées aux goûts des convives

À l'Ehpad de Morteau (25)¹⁰⁸, des chefs étoilés viennent prêter main forte en cuisine. Les chefs Jacques Barnachon, Hugues Droz, Jean-Paul Jeunet et Stéphane Taillard, ont accepté de composer des menus originaux et goûteux, mais surtout respectueux des contraintes nutritionnelles des résidents : une nourriture parfois mixée, hachée, sans sel, sans sucre, etc. Les patients et résidents ont donc pu déguster des mets de terroir, comme une terrine de champignons des bois aux herbes ou un risotto noix et comté, mais aussi des plats plus « exotiques » comme le suprême de pintade huit épices quinoa et fruits secs, et le moelleux, amandes, poires, fèves de tonka. Selon Thierry Guinchard, responsable restauration, c'est une bonne manière de prendre soin des équipes en cuisine, en titillant leur ambition.

Le guide¹⁰⁹ du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » traite en détail de l'adaptation de l'assiette aux besoins des convives et précise que la mise à disposition d'assaisonnements augmente nettement la satisfaction et la consommation.

¹⁰⁸ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

¹⁰⁹ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>



Figure 7 Travail des recettes effectué par l'institut de cancérologie de Lorraine

V.F.1.b/ Travailler les desserts, généralement appréciés et consommés par les convives

Dans la plupart des cuisines centrales, les desserts maison ont été mis de côté alors que ce type de produit est fortement apprécié par les convives, dans la mesure où ils ont un fort potentiel en termes d'appétence et peuvent de plus être enrichis.

Le guide¹¹⁰ du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » traite en détail de l'adaptation de l'assiette aux besoins de chaque résident : les indicateurs, des astuces pratiques, le suivi en établissement et comporte des fiches pour outiller les opérateurs à faciliter la consommation du repas et l'adaptation des recettes. Le guide évoque notamment l'effet madeleine de Proust : il s'agit de mobiliser la mémoire gustative et affective en s'appuyant sur les souvenirs de recettes familiales. Le guide précité développe des exemples de recettes en ce sens, notamment celui de la recette de madeleines enrichies (annexe 8).



ACTION N°15 : Travailler sur de nouvelles recettes de desserts, appétents et permettant de lutter contre la dénutrition

¹¹⁰ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

V.F.1.c /L'importance de la méthode de cuisson

Si les recettes ont leur importance, la méthode de cuisson est à considérer dans la mesure où elle peut conditionner la prise du repas. Ainsi, Edward et al. (2006)¹¹¹ ont démontré que la méthode de cuisson d'un repas frais pouvait permettre d'augmenter le volume de consommation tout en réduisant les déchets alimentaires.

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹¹² comporte des exemples de fiches techniques pour la préparation des plats, qui permettent de cadrer la préparation des plats (outil n°5). Le recueil précise également que la maîtrise des cuissons concourt à la prise alimentaire : « *la cuisson sous vide ou la cuisson à basse température permettent de mieux conserver la qualité sensorielle des aliments (respect du goût des produits) et la tendreté de la viande. En outre, ces modes de cuisson permettent de conserver les nutriments des aliments et de réduire l'utilisation de matières grasses pour la cuisson* ».



ACTION N°16 : Utiliser des méthodes de cuisson optimisant les propriétés organoleptiques des denrées

Le GIP Cuisine Centrale Mende insiste sur le rôle de la cuisson que ce soit pour réduire la consommation en énergie/eau ou pour des questions de goût et de palatabilité¹¹³. Il a ainsi mis en place une politique de cuisson à basse température/de nuit

V.F.1.d/ La systématisation du test des recettes en conditions réelles de prise de repas

Il est nécessaire de tester les propriétés organoleptiques des denrées préparées en conditions réelles de consommation avec les cuisiniers après remise en température. En effet, il peut être observé une détérioration des propriétés organoleptiques au moment de la prise du repas du fait de mauvaises pratiques de réchauffe ou d'une logistique inadaptée. Dans certains cas de figure, il est fait le constat d'une absence de réflexe de tester en conditions réelles les denrées préparées (après mise au froid et réchauffe) : parfois, un couscous tout juste préparé peut être totalement différent d'un couscous mis au froid et réchauffé (sauce absorbée par la semoule lors du passage au froid, semoule sèche liée à une réchauffe inadaptée).

La fiche n°29 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹¹⁴ recommande de déguster les plats

¹¹¹Edwards, J.S.; Hartwell, H.J. Hospital food service: A comparative analysis of systems and introducing the 'Steamplicity' concept. J. Hum. Nutr. Diet. 2006, 19, 421–430.

¹¹²https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

¹¹³ Caractère de la texture des aliments agréables au palais

¹¹⁴https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

en sortie de production et répertorie un témoignage montrant l'utilité de la recommandation :

« *Je teste les plats tous les jours. C'est d'autant plus important que notre établissement accueille un grand nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils ne peuvent pas exprimer leurs ressentis par des mots, expliquer, par exemple, l'origine d'un mauvais goût. On peut juste percevoir si le plat leur plaît ou non, mais quelle en est la raison ? La seule solution, c'est de goûter soi-même* ». Edith Werrn, directrice, EHPAD Les Fontaines de Lutterbach, Lutterbach.

En effet, selon le même recueil, « *la remise en température au four provoque souvent une perte de qualité organoleptique* ». Le recueil propose des solutions, à l'instar des chariots repas de nouvelle génération qui permettent de maîtriser le temps et la température mais aussi des astuces pour certains produits :

- Exemple 1 : le riz qui durcit. La solution : pour conserver le moelleux, mettez en sauce ou ajoutez une bonne quantité de matière grasse avant le refroidissement, et/ou utilisez un riz basmati, qui durcit moins que le riz classique.
- Exemple 2 : les plats mixés doivent toujours être réchauffés dans un contenant operculé, pour éviter un dessèchement qui rendrait la déglutition difficile.



ACTION N°17 : Tester les recettes en conditions réelles pour éviter une détérioration des propriétés organoleptiques au moment de la prise alimentaire et les faire goûter par les convives

V.F.2/ L'importance de penser aux recettes sous toutes leurs déclinaisons

V.F.2.a/ Les textures

L'avis 92 du CNA¹¹⁵ fait ressortir certaines problématiques liées aux repas texturés et précise qu'ils « *sont souvent peu attractifs d'un point de vue visuel, difficiles à reconnaître et peu savoureux. De plus, ils sont souvent perçus par les personnes âgées comme stigmatisants et infantilisants* ».

Le même avis indique également des moyens permettant de lever ces difficultés visant à améliorer leur esthétique (recours à des agents texturants ou des moules pour « redonner de la forme » aux purées).

¹¹⁵ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-vieillir/>

Les professionnels du secteur recommandent de travailler les textures à la fois sur la préparation des plats et sur la présentation. La fiche 28 du recueil **d'actions pour l'amélioration de l'alimentation** en établissements hébergeant des personnes âgées préconise de maîtriser la préparation des plats.

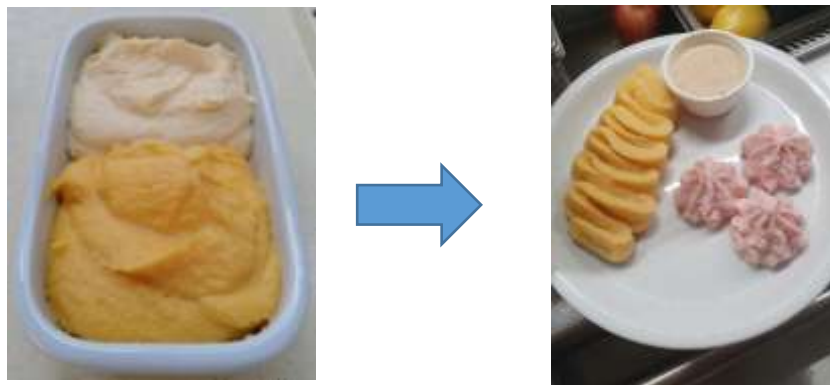


Figure 8 Travail des repas mixés par l'institut Henri Becquerel



ACTION N°18 : Penser aux déclinaisons texturées des recettes et à leur présentation

À la résidence Massy Vilmorin (91)¹¹⁶, les équipes de soins et de restauration ont réfléchi ensemble pour tester les différentes textures des plats et partager le même vocabulaire. Nathalie Choron, cadre à la résidence explique : « *Nous savons maintenant moduler les textures des repas en fonction des résidents et l'évolution de leurs capacités.* » Pour la direction, le but est clair : en un an, faire de la lutte contre la dénutrition une priorité, et diminuer au maximum les compléments alimentaires.

« *Travailler sur ces sujets permet aussi d'éviter que le travail finisse à la poubelle.* » De même, à la Résidence de l'Argentière (38)¹¹⁷, « *tous les personnels de restauration, cuisiniers et personnels de service, ont suivi une formation, afin que les repas, y compris ceux mixés, soient un régal pour les yeux et les papilles* », explique Philippe Maillard, responsable restauration. Les leviers d'action sont connus : observer, sensibiliser et former. Autre solution : rendre le plus possible aux résidents le choix de leurs menus.

Le guide¹¹⁸ du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » recense des fiches d'ateliers pour la mise en place d'ateliers sensoriels pour faciliter la consommation du repas et l'adaptation des recettes.

¹¹⁶ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

¹¹⁷ Initiative collectée dans le cadre de l'animation de réseau du C2DS

¹¹⁸ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

V.F.2.b/ Réflexion sur la conception de recettes facilitant la préhension des convives : cas du « manger main »

Le « manger main » correspond à un mode d'alimentation destiné à une personne qui a des difficultés de préhension, notamment pour se nourrir seule avec des couverts, ou sujette à des troubles cognitifs. Il s'agit de présenter des denrées en bouchées préhensibles avec une texture adaptée et attrayantes d'un point de vue visuel.

Ce mode d'alimentation est utile pour accompagner la prise en charge des personnes dépendantes et éviter les risques de dénutrition dans la mesure où les apports nutritionnels, la texture et le goût ont été travaillés (et testés après réchauffe). De surcroît, ce mode présente l'intérêt d'aider à maintenir l'autonomie à la prise alimentaire et à les valoriser.

Le projet « Repas à l'hôpital » engagé par Restau'Co montre que le recours à ce mode d'alimentation facilite également l'accompagnement du repas par les soignants.

Le guide¹¹⁹ du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » traite en détail de l'adaptation de l'assiette aux besoins des convives en se basant notamment sur plusieurs mécanismes, à l'instar de l'effet CERISE ou les envies gourmandes. Il s'agit d'un réflexe hédonique : même sans appétit, les patients/résidents peuvent accepter une petite bouchée plaisante, facile à manger.

Principe :

- Format « mini » et « bouchée » : portions qui se mangent sans réfléchir, sans effort
- Formes ludiques et familières
- Développement du « manger main ».

Exemples de recettes du guide RESTAU'CO :

- Mignardises salées : mini-flans de légumes enrichis, bouchées de far salé
- Mignardises sucrées : madeleines enrichies (recette proposée en annexe 8)
- Compotes enrichies (recette proposée en annexe 8)
- Crème anglaise enrichie (recette en annexe 8).
- Brownie aux haricots rouges (recette en annexe 8).

L'Ehpad de Richelieu (37¹²⁰) a testé le « manger main » pour s'adapter aux capacités de certains résidents. « Nous avons fait le choix d'une préparation de repas sous forme de bouchées en proposant des aliments apprêtés pour être préhensibles. Les viandes, légumes, fruits sont coupés, les compotes sont gélifiées, les plats, les desserts sont

¹¹⁹ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

¹²⁰ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

solidifiés, cuits avec des oeufs, du fromage râpé ou du lait, et la présentation est appétissante pour favoriser le plaisir de manger. Grâce à cela, certains résidents ont retrouvé l'appétit et cessé de maigrir », constate Kristina Jeanne, diététicienne.



ACTION N°19 : Penser à concevoir des recettes de manière à prendre en compte les éventuelles difficultés de préhension des convives

Remarque : le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹²¹ précise des conseils pour adapter l'offre alimentaire des résidents présentant des troubles visuels (fiche n°39), des troubles moteurs (fiche n°40), des troubles cognitifs et des symptômes psycho-comportementaux (fiche n°41) mais également des troubles de la déglutition (fiche n°42).

V.F.3/ Une réflexion de recettes permettant de favoriser la prise alimentaire et lutter contre la dénutrition (enrichissement et fractionnement)

V.F.3.a/ Rythmes alimentaires

Selon le HCSP¹²², l'organisation des repas dans les structures qui prennent en charge les personnes âgées doivent permettre de respecter une amplitude horaire de sorte que les prises alimentaires ne soient ni trop proches ni trop espacées dans le temps. Il est nécessaire à domicile et en structure d'accueil de réduire en particulier la période de jeûne nocturne pour qu'il n'excède pas plus de 12 heures si possible entre le repas du soir et le petit déjeuner. Pour assurer un apport, en particulier calorique, suffisant, il est nécessaire de répartir les apports nutritionnels tout au long de la journée. Cela doit être atteint par des repas réguliers (avec une structure à 3 repas par jour) +/- collations structurées, à distance des repas et comprenant plutôt des produits de bonne qualité nutritionnelle. Ces prises alimentaires régulières permettent le maintien de la masse musculaire. Il est important de ne pas sauter de repas, **et d'éviter** le grignotage de produits gras, salés et sucrés en dehors des principaux repas qui risquent de conduire à des consommations moindres lors des principaux repas. Il est préférable de proposer dans ce cas une collation structurée comprenant des produits de bonne

¹²¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

¹²²

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1087#:-:text=Le%20HCSP%20actualise%20les%20rep%C3%A8res,%C3%A9labor%C3%A9s%20par%20Sant%C3%A9%20publique%20France.>

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1087#:-:text=Le%20HCSP%20actualise%20les%20rep%C3%A8res,%C3%A9labor%C3%A9s%20par%20Sant%C3%A9%20publique%20France.>

qualité nutritionnelle. Le déroulement et la durée des repas doivent être plus longs que pour les **sujets plus jeunes et peuvent prendre jusqu'à une heure voire plus.**

L'important est que, sur la journée, les personnes consomment l'équivalent de leurs besoins nutritionnels.

La fiche n°19 du **recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées**¹²³ rappelle les intérêts du fractionnement des apports alimentaires qui permet :

- *« Pour les résidents découragés par de grosses portions, de répartir les apports sur la journée en diminuant les rations servies à chaque repas.*
- *Pour les résidents qui se fatiguent vite en mangeant (troubles de la déglutition, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), suites d'accident vasculaire cérébral – AVC – etc.), de faire une pause au milieu du repas (consommation de l'entrée et du plat principal, repos, puis consommation du fromage et du dessert).*
- *En cas de dénutrition, d'augmenter les apports nutritifs sans augmenter la ration sur chaque repas.*
- *De s'adapter au rythme et habitudes de vie des résidents. Par exemple, une collation nocturne sera bénéfique pour un ancien veilleur de nuit, habitué à manger en pleine nuit et qui a donc peu d'appétit au dîner ».*

Le recueil précise aussi que les collations proposées après le dîner (ou la nuit, quand le résident se réveille) sont particulièrement intéressantes, surtout si le dîner est servi tôt :

- *« Elles contribuent directement à réduire la période de jeûne.*
- *Elles permettent de compenser une prise alimentaire réduite du fait d'un écart temporel insuffisant entre le goûter et le dîner.*
- *Elles sont particulièrement adaptées au rythme des résidents Alzheimer qui ont des réveils nocturnes fréquents.*
- *Les tisanes aident à l'endormissement et calment les résidents anxieux et/ou déambulants ».*

Attention cependant à certains points de vigilance précisés par le document : ces collations ne sont pas synonymes de grignotage et doivent être réfléchies en fonction **des besoins nutritionnels du résident. De plus, il convient de s'assurer de se prémunir des éventuels effets pervers des collations sur la sensation de satiété : elles ne doivent pas couper l'appétit du résident et nuire à la prise des repas principaux.**

¹²³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf



ACTION N°20 : Dans l'attente des travaux du GT nutrition, examiner la possibilité de répartir les apports nutritionnels tout au long de la journée et ne pas dépasser 12h de jeûne nocturne

V.F.3.b/ Enrichissement – densification de l'alimentation

L'**enrichissement des repas** permet d'augmenter les apports en protéines et en calories sans augmenter – voire en diminuant – les volumes à ingérer.

L'avis 92 du CNA¹²⁴ met en avant cette stratégie d'enrichissement qui consiste à « adapter les menus et les recettes de façon à introduire des aliments ou des ingrédients (produits laitiers, œufs, viandes, poissons, légumineuses, extraits protéiques...) présentant un intérêt nutritionnel, afin d'enrichir les repas et les plats habituellement consommés par les personnes âgées ».

Le CNA soulève plusieurs avantages de l'enrichissement :

- Il permet de mieux respecter les habitudes et préférences alimentaires des personnes âgées ;
- Il permet un meilleur **maintien d'une alimentation variée**.

Si les bénéfices du recours à l'enrichissement sont reconnus, cette stratégie reste peu utilisée dans la mesure où les formations de personnels ne sont pas systématiques sans compter le fait que l'enrichissement requiert un coût supplémentaire pour le poste restauration. A cet égard, il ressort que 48% des établissements ayant participé au projet « Maison Gourmande et Responsable » n'ont pas identifié un budget « enrichissement de l'alimentation » en cuisine.

Le CNA recommande donc (recommandation n°25 de l'avis 92¹²⁵) :

« Pour les personnes âgées en perte d'appétit, quel que soit leur lieu de vie, promouvoir le développement de recettes enrichies permettant le maintien d'un régime alimentaire varié. Formuler ces recettes de façon à garantir une teneur minimale en protéines et en calories pour les recettes enrichies, correspondant aux besoins des personnes âgées en perte d'appétit ».

Si l'enrichissement n'est pas systématique, le projet « Maison Gourmande et Responsable » reflète une dynamique positive pour cette stratégie. A titre d'exemple, le potage enrichi est proposé par 85% des établissements répondants (versus 74% au début de la démarche). Le projet « Maison Gourmande et Responsable » met en avant que pour les établissements participant au projet, la meilleure stratégie pour lutter

¹²⁴ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

¹²⁵ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

contre la dénutrition est la proposition d'une alimentation enrichie et, en cas de nécessité la complémentation avec des CNO.



ACTION N°21 : Dans l'attente des travaux du GT nutrition et en cohérence avec les recommandations nutritionnelles du HCSP, examiner la possibilité d'enrichir et de densifier l'alimentation pour prévenir et lutter contre la dénutrition tout en permettant de réduire le gaspillage alimentaire et la limitation du recours aux CNO

La fiche 36 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹²⁶ met en avant le potentiel de l'enrichissement des plats pour augmenter, en cas de besoin, les apports énergétiques et/ou protéiques tout en conservant des portions alimentaires acceptables pour le résident. Ainsi « *sauf cas exceptionnel, l'enrichissement doit être utilisé en première intention avant tout recours aux CNO, [les CNO] étant plus coûteux et moins bien acceptés par les résidents, en particulier si l'augmentation des apports doit être maintenue sur de longues durées* ». La fiche recense notamment des options d'enrichissements selon le type de plat mais aussi des équivalences chiffrées selon les enrichissements, notamment pour les protéines.

¹²⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

Préparation	Options possibles
Potage 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pâtes à potage, tapioca, pain, croûtons, pommes de terre... ➤ Crème fraîche, beurre, poudre de lait, lait concentré non sucré, fromage râpé, crème de gruyère ➤ Jambon, œufs, soupes de poisson (riches en protéines) avec croûtons et fromage râpé ➤ Soupes de légumineuses (lentilles, pois cassés)
Entrées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enrichir les salades avec œufs durs, cubes de fromage, jambon, lardons, morceaux de poulet, sardines, maquereaux, thon, rollmops, anchois, croûtons, maïs, raisins secs, olives... ➤ Proposer des entrées à base de céréales (salade de pâtes, taboulé)
Plat protéique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer des protéines de bonne qualité : attention aux panés, beignets, cordon bleu... ➤ Viandes en sauce, soufflés, gratins de poisson, lasagnes, hachis parmentiers...
Légumes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les proposer en béchamel, en sauce blanche, en gratin enrichi avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème, du beurre, des œufs, ➤ Proposer des flans de légumes, des tartes, des tourtes... facilement enrichissables et toujours faciles à mâcher
Purées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajouter des jaunes d'œuf, du gruyère, du lait en poudre, fromage fondu, jambon mixé...
Céréales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajouter du fromage râpé, du beurre, de la crème, du jaune d'œuf, des lardons, du jambon, des viandes hachées.
Laitages et desserts 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incorporer du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marrons, du caramel, du chocolat, des nappages, des fruits de type banane, des fruits au sirop (+/- mixés), de la poudre d'amandes, de la noix de coco... ➤ Proposer des gâteaux de riz, de semoule, des flans aux œufs, des crèmes anglaises ou pâtisseries, clafoutis, gratins de fruits en utilisant du lait entier ...
Boissons 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enrichir le lait avec du lait en poudre (1 cuillère à soupe pour 100 mL de lait entier), du lait concentré sucré, et consommer chaud ou froid en aromatisant éventuellement (café, chocolat, sirops de fruits...). ➤ Proposer du lait de poule (œuf battu avec du lait, sucre, rhum, vanille), des milk-shakes, des smoothies. ➤ Utiliser du lait entier, de préférence

	Quantité ou poids	Protéines	Calories
Lait entier	20 cl	7 g	125 kcal
Gruyère râpé	20 g	5 g	80 kcal
Crème de gruyère	1 portion (30 g)	4 g	90 kcal
Crème fraîche épaisse	1 c. à soupe (environ 25 g)	---	80 kcal
Poudre de lait entier ou lait concentré entier	1 c. à soupe (environ 10 g)	3 g	50 kcal
Œufs	1 jaune d'œuf	3 g	62 kcal
	1 œuf entier	10 g	80 kcal
Jambon haché, viande hachée ou chair à saucisse	20 g	4 g	56 kcal
Poudre de protéines	1 à 3 c. à soupe par jour dans 150 g de liquide ou 150 g de purée	5 à 15 g	---
Beurre / huile	1 noisette ou 1 c. à soupe (environ 10 g)	---	75 à 90 kcal



Figure 9 Extrait du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées

Le projet « Les Bienfaisants » propose plusieurs pistes d'enrichissement nutritionnel pouvant être explorées pour les résidents à forts besoins :

- Les solutions culinaires spécifiques peuvent contribuer à l'enrichissement en protéines et calories (sauces enrichies en protéines, garnitures enrichies, préparations lactées enrichies, desserts à forte densité nutritionnelle) ;
- Les produits alimentaires enrichis (il s'agit de produits alimentaires courants pouvant être sélectionnés selon leur teneur en protéines ou enrichissement spécifique, à l'instar des fromages à forte teneur en protéines, des charcuteries riches en protéines, des laitages enrichis ou des pains/biscuits riches en protéines) ;
- Les recettes spécifiques pour les collations : en complément du petit-déjeuner, les collations sont une option pour enrichir l'offre nutritionnelle (gâteaux maisons enrichis en protéines, préparations lactées enrichies, crèmes desserts enrichies).

Le projet « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés » (RESTAU CO) a permis d'élaborer un guide¹²⁷ outillant les opérateurs pour développer les produits enrichis maison tout en augmentant les approvisionnements en produits issus de l'agriculture biologique et

¹²⁷ Guide publié ici : <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

en s'assurant de la bonne prise alimentaire des résidents. En annexe 9 figure une liste des ingrédients pouvant être mobilisés dans le cadre d'une stratégie d'enrichissement.

« Mieux vaut acheter moins et améliorer la qualité » explique Isabelle Brivet, directrice du développement durable au CHU d'Orléans¹²⁸. « Le service et la présentation comptent beaucoup. On peut aussi remplacer des compléments nutritionnels par des produits enrichis maison, comme la soupe avec du gruyère et de la crème fraîche, des produits simples et appétissants. »

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹²⁹ cite les propos d'Anna Bandini-Bellin, diététicienne, Fondation Bon Sauveur d'Alby, Albi : « Les menus enrichis, qui nous permettent de réduire le budget CNO, sont plus coûteux et dépendent d'un budget différent, sans transfert possible. Mais cela ne concerne que 200 repas sur les 2 500 que nous produisons au total. Nous avons réussi à équilibrer en optimisant les menus des autres services ».

V.F.3.c/ Un travail sur les collations et le petit-déjeuner, souvent négligés

La revue systématique de Mills et al. (2018)¹³⁰ a mis en avant les effets positifs des propositions de collations. Le fait de proposer des collations et des petits déjeuners « fait-maison » et enrichis augmente la prise alimentaire et permet de lutter contre la dénutrition.

Le projet « Les Bienfaisants » souligne qu'un travail doit être engagé pour :

- Intégrer les collations/petits déjeuners dans la stratégie alimentaire globale ;
- Adapter les collations/petits déjeuners aux besoins et préférences des résidents ;
- Optimiser les propriétés organoleptiques des petits déjeuners et collations (goût, texture, présentation) ;
- **Réfléchir** à l'horaire de service des collations/petits déjeuners pour assurer une bonne prise alimentaire (délai minimal nécessaire entre deux prises alimentaires).

A noter : les collations peuvent être servies pour diminuer le temps du jeûne nocturne.



ACTION N°22 : Ne pas négliger les collations et le petit-déjeuner dans l'offre alimentaire

¹²⁸ Initiative issue du guide des bonnes pratiques en secteur médico-social – C2DS – 2025

¹²⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

¹³⁰ Mills SR, Wilcox CR, Ibrahim K, Roberts HC. Can fortified foods and snacks increase the energy and protein intake of hospitalised older patients? A systematic review ; J Hum Nutr Diet 2018 ; 31 (3) : 379-89.

Le projet « Les Bienfaits » souligne l'importance du goûter¹³¹ et du petit-déjeuner. Le goûter est apprécié par 68 % des résidents et l'offre de gâteaux « maisons » est fortement plébiscitée (39 % des résidents).

Le petit-déjeuner est apprécié par 93% des résidents et « joue un rôle crucial dans la couverture des besoins nutritionnels journaliers ». Selon Aline Victor, diététicienne nutritionniste spécialisée en gériatrie, il devrait idéalement apporter entre 20 et 25 % des apports énergétiques totaux (AET), ce qui représente 300 à 600 kcal selon les besoins du résident.

V.F.3.d/ Ajuster les quantités servies

Le recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹³² préconise d'ajuster les quantités servies : « *les volumes des prises alimentaires spontanées ne sont pas identiques d'un résident à l'autre : chez les seniors comme dans le reste de la population, il existe de petits et de gros mangeurs. L'idéal est donc d'adapter les quantités à l'appétit de chacun. Cette adaptation demande un suivi et une proximité de la part des personnels, mais apporte un réel gain financier : l'adéquation entre volumes produits et volumes consommés permet de limiter le gaspillage* ».



ACTION N°23 : Ajuster les quantités servies aux résidents tout en veillant au respect des apports nutritionnels recommandés

V.F.3.d/ Un soin accordé à la présentation (importance des couleurs, identification des plats)

Navarro et al. (2016)¹³³ ont montré que l'amélioration de la présentation des plats permet d'augmenter le volume de consommation tout en réduisant les déchets alimentaires (pain et plat principal).

Il est recommandé de soigner la présentation du plateau et de l'assiette dans la mesure où la prise alimentaire est aussi modulée par le visuel du repas. Dans le cas des plats mixés, la présentation et l'agencement des différentes composantes du repas à son importance dans la mesure où cela peut faciliter leur identification.

La fiche n°13 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹³⁴ insiste sur l'importance de l'assemblage et de la présentation des plats.

¹³¹ Forme de collation

¹³² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

¹³³ Navarro, D.A.; Boaz, M.; Krause, I.; Elis, A.; Chernov, K.; Giabra, M.; Levy, M.; Giboreau, A.; Kosak, S.; Mouhieddine, M.; et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. Clin. Nutr. 2016, 35,1153–1158

¹³⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf



ACTION N°24 : Soigner la présentation des denrées présentées aux convives, avec une attention particulière sur les plats texturés

Le projet « Les Bienfaisants » fait ressortir le fait que la présentation visuelle des plats influence **l'appétit** et le plaisir de manger. Cette présentation intègre :

- Des codes visuels familiers pour les personnes âgées ;
- Des associations de couleurs mettant en appétit les convives ;
- Une disposition esthétique et facilitant la prise alimentaire.

Le guide¹³⁵ du projet « **Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés** » traite en détail de la mise en place d'ateliers sensoriels pour faciliter la consommation du repas et l'adaptation des recettes et recense des fiches pratiques d'ateliers. En effet, le guide **met en exergue le fait que l'aspect visuel du plat influence directement l'appétence** et la quantité consommée. Ainsi, il est observé que la présence de deux couleurs dans une assiette augmente significativement la prise alimentaire. Par ailleurs, le guide **insiste sur le fait que l'assiette doit être facilement identifiable et qu'il faut éviter les formes trop complexes ou les mélanges peu reconnaissables.**

Le guide¹³⁶ **répertorie plusieurs leviers permettant d'adapter l'assiette aux besoins des convives en se basant notamment sur l'effet TANGRAM.** En effet, la présentation peut être pensée pour rassurer le convive âgé grâce à une composition claire, lisible et appétissante. Les principes sont les suivants :

- Présence de 3 formes distinctes identifiables même en texture lisse (purées moulées, portions nettes, éléments individualisés) ;
- Présence de 3 couleurs franches avec une couleur par type de produit ;
- Organisation ordonnée et prévisible pour faciliter la reconnaissance visuelle, **rassurer les patients/résidents et pour stimuler l'appétit.**



Figure 10 Effet Tangram illustré dans le guide du projet "Plus de bio dans l'assiette de nos aînés" conduit par RESTAU'CO

¹³⁵ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

¹³⁶ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

Exemples de recettes **extrait du guide de RESTAU'CO** :

- Purée de carottes moulée en dôme avec une purée de petits pois moulée en cubes + hachis de volaille au jus en quenelles
- Volaille en rectangle, poisson en triangle, légumes en carré et/ou en rond
- Filet de poisson IDDSI 5, accompagnée de deux légumes colorés moulés séparément (courge et épinards par exemple) ;
- Saumon en croûte de lentilles – recette détaillée en annexe 8.

La fiche n°13 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹³⁷ met en avant l'exemple du concept de la cuisine déstructurée pour la présentation des plats mixés. Cette méthode vise à séparer les différents composants de la recette pour les mixer séparément et les réassembler de manière similaire. Par exemple, pour une tarte aux pommes :

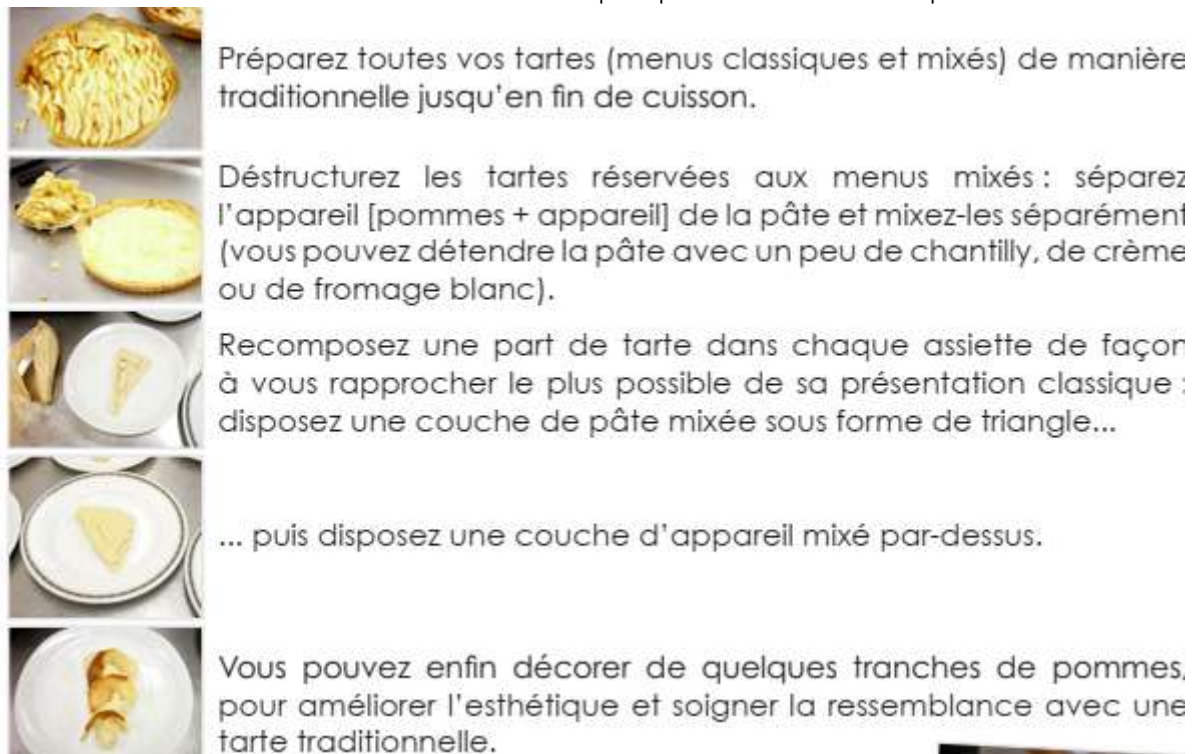


Figure 5 Extrait du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées

VI/ Axe 3 : Favoriser la prise alimentaire par un service adéquat

VI.A/ Informer les convives

Le groupe de travail met en avant l'importance de la description détaillée des plats, en particulier dans le cas des textures modifiées.

¹³⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

La fiche n°6 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹³⁸ met en avant le rôle de l'information et de la communication. Cela permet :

- De valoriser le travail des équipes, l'implication de la direction...
- Pour les résidents : de répondre aux interrogations, d'anticiper les inquiétudes liées au repas tout en favorisant l'appétit en stimulant l'imaginaire.



ACTION N°25 : Informer de manière détaillée les convives des caractéristiques des denrées proposées et les valoriser pour optimiser la prise alimentaire, avec une attention particulière sur les plats texturés

VI.B/ Tenir compte de l'aide à la prise du repas

L'aide des soignants à la prise du repas est primordiale. Il s'agit notamment de :

- Mettre le convive en bonne condition pour une prise alimentaire optimale (positionnement, ...);
- Assister les résidents en difficulté pour manger (découpe de la viande, ouverture des opercules, mise en bouche, ...).

Le nombre de soignants doit être suffisant pour dédier ce personnel au temps du repas à part entière.

Pour les repas mixés, le service peut être adapté. A titre illustratif, le GIP Cuisine Centrale Mende est en train de travailler sur les repas mixés. Il indique que le fait de mixer le repas devant le résident aide à une meilleure prise alimentaire, ce procédé faisant appel à la vigilance du personnel soignant par rapport aux aspects d'hygiène.

Il est nécessaire de prendre en compte les contraintes des équipes soignantes notamment des disponibilités des soignants le soir et le dimanche. A titre d'exemple, il n'est pas pertinent de prévoir des cuisses de poulet avec des pâtes le soir si l'établissement n'est pas en mesure d'assurer une aide à la prise alimentaire de manière adéquate.

Le guide¹³⁹ du projet « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés » précise que le maintien et le soutien de l'autonomie est une priorité dans la mesure où un résident/patient qui mange seul consomme un quart d'aliments en plus. Par ailleurs, le guide précise qu'une personne aidée présente un risque accru d'incident respiratoire par rapport à un résident/patient autonome. Il est ainsi recommandé de former les équipes à des

¹³⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

¹³⁹ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

techniques d'accompagnement sécurisées limitant la dépendance autant que possible.



ACTION N°26 : Renforcer le rôle du service pour assurer une prise alimentaire (installation, aide à la prise alimentaire, ...) et organiser les missions du service de soins en conséquence

VI.C/ Favoriser la prise alimentaire par un environnement de prise de repas matériel et immatériel optimal

VI.C.1/Adaptation des horaires de repas

Le groupe de travail souhaite mettre en exergue :

- **L'importance d'adapter les heures de repas aux convives** : souvent, les horaires de repas sont inadaptés aux besoins des résidents afin de répondre aux contraintes de planning du personnel, alors que parfois, des solutions organisationnelles peuvent être utilisées ;
- **La nécessité d'un délai de quelques heures entre deux repas** : si le dîner est servi trop tôt et proche du goûter, l'appétit est réduit et le repas n'est pas totalement consommé. A cet égard, il peut être souligné le fait que la digestion de certains profils de convives est plus longue que la normale ;
- **La durée du repas** : en général, en particulier le soir au dîner, la durée du repas n'est pas suffisante pour assurer une prise alimentaire correcte.

La fiche n°18 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées rappelle l'importance de l'optimisation des horaires de repas qui permet :

- *« De réduire le jeûne nocturne : diminution des risques d'hypoglycémie ;*
- *De diminuer l'impact négatif de la sensation de satiété ;*
- *De mieux répartir les apports alimentaires sur la journée.*

L'objectif est de maintenir un écart minimum de 3 heures entre chaque prise, et de ne pas dépasser 12 heures de jeûne ».

Le recueil précité recense des témoignages montrant les bénéfices de l'adaptation des horaires de repas :

- Laurence Debord, diététicienne, CH de Montmorillon : *« Maintenant, nous servons les petits-déjeuners à 7h30, et le dîner se termine à 19 h 30. Nous avons réussi à gagner 45 minutes le matin, et 30 minutes le soir. Cela s'est traduit par une augmentation de la satisfaction des patients sur l'horaire du soir : nous sommes passés de 35 % à 65 % de « très satisfait » » ;*
- Bruno Lesourd, gériatre, CHU de Clermont-Ferrand : *« si la logistique n'est pas adaptée, on peut rencontrer de gros problèmes d'appétit au petit-déjeuner. Par*

exemple, si la personne est réveillée cinq minutes avant d'être servie, et qu'on revient rapidement lui retirer le plateau. Pour ce repas, la souplesse des horaires est essentielle ».



ACTION N°27 : Sacraliser le moment du repas (durée du repas minimum, adoption d'horaires adaptés et délai approprié entre deux repas) en réfléchissant aux horaires et à l'organisation des soins

VI.C.2/ Environnement matériel pour la prise du repas

Les conditions matérielles de la prise de repas influencent également positivement ou négativement la prise du repas. Le choix du lieu de prise du repas est à considérer (salle à manger ou chambre, décoration agréable ou austère). De la même manière, le niveau sonore des salles à manger à son importance.

La fiche n°10 du **recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées** propose des outils pour créer une ambiance propice au repas (décoration de la salle, confort acoustique, contrôle des conditions lumineuses et des odeurs, tenues du personnel, ...).

Le projet « Les bienfaits » met en avant les avantages d'une prise de repas en salle à manger dans la mesure où elle permet :

- Une socialisation des résidents ;
- Une facilitation du service **et de l'accompagnement des résidents** ;
- Un meilleur suivi des prises alimentaires.

A noter : si le repas est pris en salle, il est nécessaire que le résident puisse choisir ses voisins de table pour ne pas entraver la prise alimentaire.

Le matériel mis à disposition du convive doit lui permettre d'être en position confortable pour se restaurer. La vaisselle ergonomique et adaptée peut aussi faciliter une bonne prise alimentaire. La fiche n°11 du **recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées**¹⁴⁰ insiste sur l'importance des différents éléments sur la table/le plateau pour mettre en valeur les plats et faciliter la prise du repas.

¹⁴⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

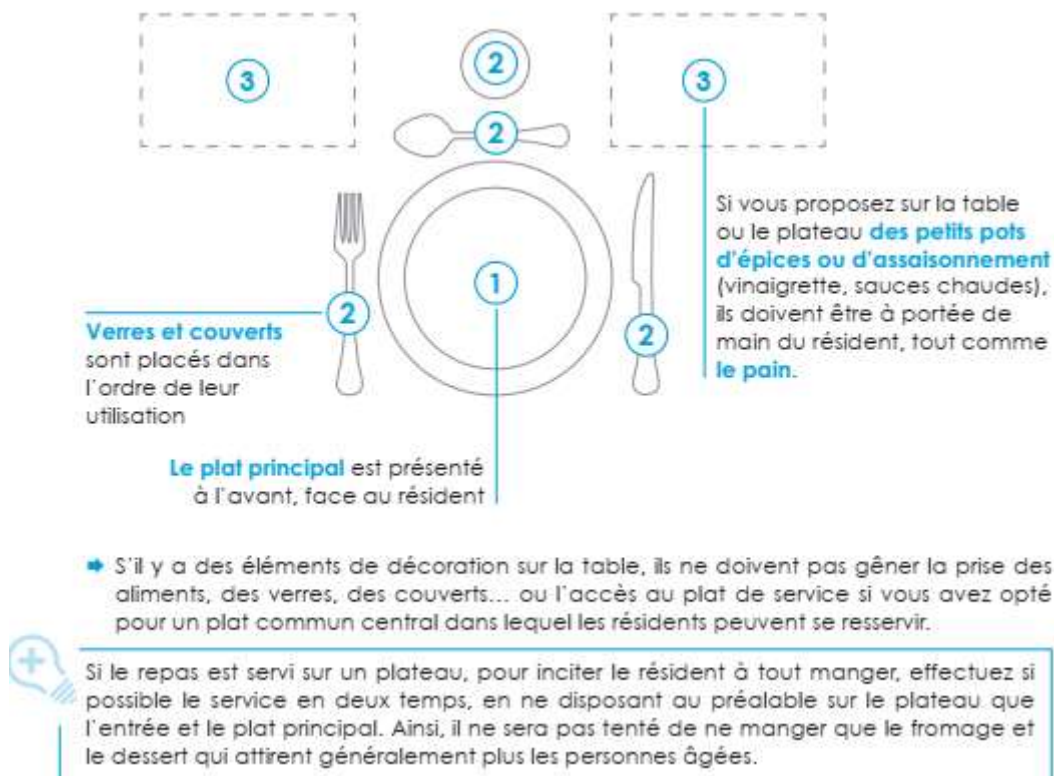


Figure 6 Extrait du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées

Le guide¹⁴¹ du projet « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés » précise que l'audition et l'environnement sonore influencent la concentration et la capacité à profiter du repas. Il faut parfois jusqu'à 18 minutes pour qu'une personne âgée se concentre sur son assiette et un bruit soudain peut interrompre ce processus et affecter la prise alimentaire.



ACTION N°28 : Soigner l'environnement de prise de repas pour faciliter la prise alimentaire (décoration agréable, salle à manger pour plus de convivialité si les conditions le permettent et si le résident choisit sa place, confort de l'installation pour manger, utilisation de vaisselle et couverts ergonomiques, ...)

VI.C.3/ Favoriser la prise alimentaire par la prise en compte des préférences des résidents et un choix rendu possible pour les convives

Il est important de rendre le convive acteur de son alimentation et de lui donner dans la mesure du possible un certain choix pour assurer une bonne prise alimentaire. Il semble préférable de proposer plusieurs options que de prendre en compte les

¹⁴¹ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

aversions des convives. A titre d'exemple, ce n'est pas parce qu'un résident n'aime pas la tomate qu'il n'apprécie pas la sauce tomate.

Une étude conduite par McCray et al. en 2017¹⁴² montre que les repas commandés sur une carte menu et distribués dans les 45 minutes permettent **d'augmenter les apports** énergétiques et protéiques tout en réduisant les déchets alimentaires. La possibilité de choix positif semble être une mesure efficace de diminution significative du gaspillage alimentaire^{143, 144}.

A cet égard, la Société francophone nutrition clinique et métabolisme¹⁴⁵ recommande que l'offre alimentaire propose plusieurs choix.

La prise en compte des goûts et des habitudes alimentaires des résidents dans l'élaboration des menus est fondamentale, notamment en EHPAD, où le projet de vie personnalisé du résident constitue un élément central de l'accompagnement.



ACTION N°28 : Prendre en compte les goûts et les habitudes alimentaires des résidents et leur proposer de choisir leur repas et ainsi d'être acteur de leur alimentation

La fiche n°7 du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées¹⁴⁶ recense les conseils mobilisables pour recueillir l'avis des résidents.

L'avis 92 du CNA¹⁴⁷ recommande que le résident soit acteur de son alimentation (dans la mesure où ses capacités le permettent).

Il ressort du projet « Maison Gourmande et Responsable » le fait que la **présence d'une alternative** est un bon moyen de favoriser la prise alimentaire. Il s'agit notamment **d'une alternative en offre protéique** (exemple : poulet en alternative au saumon).

Le Centre Hospitalier de Centre Bretagne a recruté du personnel hôtelier pour réaliser la prise de commande auprès des convives.

¹⁴²McCray S. et al. 2017. Room service improves nutritional intake and increases patient satisfaction while decreasing food waste and cost. Journal of the Academy of nutrition and dietetics, 118 (2).

¹⁴³Hugol-Gential C. Donner le choix du repas à l'hôpital : effet sur le gaspillage alimentaire et les représentations du patient. In : Bien et bon à manger : penser notre alimentation du quotidien à l'institution de santé. Dijon : Editions Universitaires de Dijon, 2018, p. 277.

¹⁴⁴ Diaz-Ferreira C. et al., 2015. Hospital food waste and environmental and economic indicators – a Portuguese case study. Waste Manag 2015 : 46 – 146-54.

¹⁴⁵ Vaillant M.F. et al., 2019. Revue générale : recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé. Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM).

¹⁴⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

¹⁴⁷ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

Le guide¹⁴⁸ issu du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » met en avant que la **personnalisation de l'assiette des convives** repose sur un triptyque articulé autour de trois axes :

1/Les besoins nutritionnels et médicaux du patient/résident : il convient de s'assurer que les apports énergétiques et protéiques sont adaptés à l'état de santé du patient/résident et de respecter les recommandations médicales et diététique (textures, restrictions, allergies, etc) ;

2/Les capacités fonctionnelles et sensorielles : il est nécessaire de prendre en compte les capacités de mastication et de déglutition des convives, leurs capacités sensorielles (goût, odorat, vue) mais aussi l'autonomie et leur capacité à s'alimenter seul ou avec assistance ;

3/Les attentes et les préférences des convives (goûts et habitudes alimentaires, facteurs culturels, sociaux et affectifs liés aux repas, importance du plaisir et du confort pour maintenir, voire de redonner l'envie de manger).

Le guide élaboré par RESTAU'CO précise qu'il est important de travailler l'offre alimentaire en tenant compte de ce triptyque et ainsi prendre en compte les besoins fonctionnels et nutritionnels, les besoins cognitifs et émotionnels mais aussi les besoins sociaux des convives. Le statut nutritionnel du résident/patient ne dépend pas uniquement des apports en nutriments. Il est aussi influencé par son environnement, sa capacité à se nourrir seul, la présentation du plat et le contexte du repas.

« "Bien manger", ce n'est pas seulement satisfaire les besoins nutritionnels d'une personne, c'est aussi maintenir le plaisir de manger, une composante essentielle de la régulation de la prise alimentaire »¹⁴⁹.

¹⁴⁸ <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

¹⁴⁹ Claire Sulmont-Rossé, Virginie van Wymelbeke, Isabelle Maitre. Perception des odeurs et préférences alimentaires chez la population âgée : quel impact sur la prise alimentaire et le statut nutritionnel ? *Nutrition & Endocrinologie*, 2016, 14 (77), pp.92-95.

VII - Outils nécessaires à la mise en œuvre du plan d'actions

VII.A/ Stratégies de politiques publiques

VII.A.1/ L'alimentation durable, nouvel axe stratégique de la feuille de route de Planification Ecologique du Système de Santé

Depuis 2023, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pilote la feuille de route de [planification écologique du système de santé](#) (PESS) visant à maîtriser ses impacts environnementaux et d'assurer la transformation écologique du secteur sur le long terme.



Figure 7 Page de couverture de la feuille de route PESS

La DGOS a relancé en 2025 plusieurs « *Task Forces PESS* » constituant des temps d'échanges interministériels. Elles visent à assurer le suivi de la feuille de route PESS et à coordonner les différents acteurs.

Le ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Souveraineté Alimentaire et plus spécifiquement la Direction Générale de l'Alimentation, a rejoint les travaux et a renforcé sa collaboration avec le ministère chargé de la Santé sur la feuille de route PESS.

Au regard de l'importance et des enjeux relatifs à l'alimentation dans les systèmes de santé, il a été proposé de travailler spécifiquement sur un axe « alimentation durable », incluant un volet « lutte contre le gaspillage alimentaire ».

VII.A.2/ Le groupe de travail « Santé et médico-social » du Conseil National de la Restauration Collective, un outil au service des leviers identifiés
Le groupe de travail « santé et médico-social » est une instance de concertation réunissant l'ensemble des parties prenantes et fait figure d'outil de référence au service des leviers identifiés.

Les Ministères en charge de l'agriculture et de la santé sont parties prenantes du comité de pilotage du GT précité.

VII.B/ Une systématisation de l'utilisation de la plateforme gouvernementale « *ma cantine* »

La plateforme numérique « *ma cantine* » est un outil d'accompagnement proposant plusieurs services, à l'instar d'un module dédié à la lutte contre le gaspillage alimentaire proposant un listing de fiches actions qu'il est possible de filtrer selon divers paramètres (sources de gaspillage, ampleur des moyens) mais aussi un espace

ergonomique de saisie de données (Cf. Partie IV « Plan d'actions », section « Réalisation d'un diagnostic initial et délimitation d'indicateurs », « sous-section Les indicateurs du gaspillage alimentaire »).



Figure 8 Espace "fiches action anti-gaspi de la plateforme "ma cantine"

Par ailleurs, « ma cantine » publie de nombreux outils et organise des webinaires à destination des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées.



Figure 14 Exemple de publication "ma cantine" à destination des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

S'agissant des outils, la plateforme numérique « ma cantine » propose un protocole de pesée du gaspillage alimentaire et met à disposition au lien <https://ma-cantine-1.gitbook.io/ma-cantine-egalim/lutte-contre-le-gaspillage-alimentaire-et-dons-alimentaires/kit-bien-effectuer-ses-pesees> :

1. La fiche pratique du protocole de diagnostic de gaspillage (Cf. Annexe 6) ;
2. Les affiches de tri pour la pesée, en version "simple" et par composante (Cf. Annexe 7).

VII.C/ Le label national anti-gaspillage alimentaire

Le label national anti-gaspillage alimentaire, prévu à l'article 33 de la loi n°2020-105 du 20 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à une économie circulaire, entend valoriser les acteurs de la chaîne alimentaire qui contribuent aux objectifs nationaux de réduction du gaspillage.



Figure 9 Logo du label national anti-gaspillage alimentaire

Il a pour but d'améliorer et de valoriser les pratiques, et de garantir un niveau réduit de gaspillage alimentaire aux consommateurs, aux partenaires professionnels, et au public en général.

Le décret n°2020-1651 du 22 décembre 2020 précise que les critères de labellisation peuvent être définis par secteur, dans un référentiel approuvé par arrêté conjoint du Ministère chargé de la transition écologique et du Ministère chargé de l'agriculture. Le label est attribué par des organismes certificateurs agréés par le ministère chargé de la transition écologique.

Les travaux relatifs aux référentiels du secteur de la restauration (restaurants et unités de préparation) ont été menés en 2024-2025 dans le cadre d'une Afnor Spec¹⁵⁰ avec l'Afnor Normalisation, l'ADEME et les parties prenantes. La publication des référentiels par arrêté est intervenue en septembre 2025 pour une entrée en vigueur le 10 octobre. Ces référentiels constituent un outil pratique porté par le Gouvernement pour accompagner les acteurs de la chaîne alimentaire dans la réduction du gaspillage alimentaire. L'ensemble des documents relatifs aux référentiels sont consultables sur le [site](#) du Ministère chargé de la transition écologique.

¹⁵⁰ La gamme AFNOR Spec est conçue pour les acteurs économiques, en particulier ceux de l'innovation, qui manifestent un besoin immédiat de document de référence. AFNOR la propose en réponse à un besoin client tenant compte de sa stratégie, de ses enjeux et contraintes de délai, de la maturité du sujet, de l'existence ou non d'une commission de normalisation.

A noter : les référentiels sont à destination de l'ensemble des établissements de restauration collective et commerciale. De fait, il est souhaité de coupler les actions mobilisables dans les référentiels à celles étant proposées dans le présent document, dans un souci de prise en compte des spécificités du secteur sanitaire et médico-social. **A titre d'exemple, il s'agit notamment de travailler plus en substance sur l'enjeu de lutte contre la dénutrition qui n'est pas pris en compte dans les référentiels à ce stade.**

VII.D/ Ressources mobilisables pour lutter contre la dénutrition

Le Collectif de Lutte contre la Dénutrition met à disposition un panel de ressources gratuitement¹⁵¹ : guides d'actions, kits de sensibilisation destinés au grand public, aux aidants ainsi qu'aux soignants.

Le guide¹⁵² issu du projet « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » (RESTAU CO) complète les outils précités par des fiches pratiques de mise en oeuvre. Pour **compléter ces aspects, les ressources mobilisables sont celles de l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique sur les personnes âgées¹⁵³** (à date), qui seront complétées par la publication des recommandations de Santé Publique France (publication prochaine).

¹⁵¹ https://drive.google.com/drive/folders/1p7E_TFmq2GC1zX9u-GYcaxophI2_tDIL

¹⁵² <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

¹⁵³ https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210518_rvisidesreprealimepourlespersoge.pdf

Conclusion

L'enjeu de travailler sur la durabilité de l'alimentation en établissements médico-sociaux oblige de revoir les stratégies alimentaires : il s'agit d'un levier majeur pour optimiser leur fonctionnement et leur performance dans la mesure où elle est source de nombreuses externalités positives concourant à améliorer, dans une certaine mesure, la situation budgétaire et à répondre à des enjeux environnementaux, sanitaires, **sociaux et d'attractivité tout en** palliant en partie leurs difficultés structurelles. Parmi les externalités positives figurent :

- La réduction de la prévalence de la dénutrition ayant pour effet un allègement des frais de prise en charge et **d'achat de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)** ;
- La réduction du gaspillage alimentaire représentant un gain économique direct (évitement des achats de denrées non consommées, réduction des frais de gestion de biodéchets¹⁵⁴) et indirect (coûts en personnel, énergie, logistique, **traitement des déchets, ...**) ;
- La satisfaction des équipes (valorisation du travail des équipes, motivation des équipes, diminution du nombre des arrêts de travail, etc.) ;
- **L'augmentation de** la satisfaction des résidents ayant pour conséquence indirecte une amélioration de leur état clinique sur le plan psychologique et indirectement physique.

Ces travaux du groupe de travail « santé et médico-social » ont démontré la forte implication des acteurs du secteur médico-social et **l'existence d'actions exemplaires** à essaimer. La motivation et la volonté des représentants du secteur portent **l'amélioration et l'adaptation de l'offre alimentaire**, ce qui permettra de répondre en partie à des enjeux sanitaires, économiques et environnementaux de plus en plus prégnants. De nombreux établissements et structures membres du groupe de travail ont réussi à **prouver la faisabilité de faire évoluer positivement l'offre alimentaire**.

Les actions présentées dans ce guide pourront faire partie de projets **d'établissement** systémiques, portés par les directions et suscitant l'adhésion et la collaboration des équipes des différents corps disciplinaires (restauration, soin, médical, etc.).

La mise en œuvre de ces plans d'actions permettra aux établissements de progresser vers les obligations réglementaires et de répondre aux enjeux de santé publique (via notamment la lutte contre la dénutrition), et de transformation écologique des

¹⁵⁴ Si besoin, le GT vous invite à vous référer au guide « Gestion des Biodéchets » rédigé conjointement par GECO FOOD SERVICE et l'ADEME – lien : <https://gecofoodservice.com/download/192/guide-de-bonnes-pratiques/1848/guide-biodechets-06072017-2.pdf>

systèmes de santé portée par le Gouvernement mais aussi plus globalement de concourir à la transition climatique et environnementale.

Synthèse des actions stratégiques à mettre en œuvre dans les établissements médico-sociaux

Mettre en place une stratégie alimentaire globale

- ✓ N°1 : [Adopter une stratégie globale de l'alimentation](#)
- ✓ N°2 : [Sanctuariser le budget alimentaire](#)
- ✓ N°3 : [Définir un budget minimal à allouer à l'alimentation](#)
- ✓ N°4 : [Clarifier les composantes du budget alimentation](#)

Favoriser la transversalité des équipes et mise en place de formations spécialisées

- ✓ N°5 : [Mettre en place un plan de formation spécialisée aux enjeux liés à l'alimentation et aux interconnexions à mettre en place](#)
- ✓ N°6 : [Former une équipe projet pluridisciplinaire encadrée et budgétisée par la direction](#)
- ✓ N°7 : [Faire évoluer les pratiques sujettes à évolution \(recours aux CNO à mettre en perspective avec l'offre alimentaire, alimentations thérapeutiques à réexaminer, recours aux repas mixés à réviser dès que possible, organisation des horaires de repas à étoffer, distribution du repas à mieux prendre en compte\)](#)

Adapter les textures et les harmoniser

- ✓ N°8 : [Prévoir une adaptation des textures selon les recommandations internationales de l'*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*](#)

Suivre la mise en place de la réglementation et de l'évolution des recommandations

sur la qualité nutritionnelle des repas et les quantités servies en établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées

- ✓ N°9 : [Suivre la mise en place de la réglementation et de l'évolution des recommandations sur la qualité nutritionnelle des repas et les quantités servies en établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées](#)

Expérimenter les innovations visant à réduire le gaspillage alimentaire et à optimiser la prise alimentaire

- ✓ N°10 : [Examiner la possibilité d'intégrer les innovations culinaires et technologiques permettant d'optimiser la prise alimentaire en établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées](#)

Synthèse des actions opérationnelles à mettre en œuvre en établissements médico-sociaux

Elaboration du plan d'action : méthodologie et indicateurs

- ✓ N°1 : Mettre en œuvre un projet collectif, sous l'impulsion de la Direction, avec un plan d'actions, assorti d'indicateurs de suivi
- ✓ N°2 : Prévoir une évaluation de la consommation alimentaire des convives conjointement à celle du gaspillage alimentaire, de la qualité et de la durabilité des approvisionnements en denrées alimentaires et de la satisfaction des convives

Axe 1 : **Faire évoluer la structuration de l'offre alimentaire : vers une simplification du nombre de régimes et de déclinaisons**

Adopter une offre alimentaire conforme aux recommandations du PNNS

- ✓ N°3 : Dans l'attente des recommandations issues du GT « Nutrition » du CNRC, respecter les recommandations du GEM-RCN de 2015 et prendre en compte les repères alimentaires du PNNS du Haut Conseil de la Santé Publique
- ✓ N°4 : Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes
- ✓ N°5 : Réévaluer régulièrement la prescription des régimes et des textures modifiées des résidents
- ✓ N°6 : Dans l'attente des travaux du GT nutrition, évaluer l'impact de la variation du nombre de composantes servies par repas en s'adaptant aux besoins du résident et du fractionnement de la prise alimentaire

Axe 2 : **Adaptation de l'offre alimentaire via la mise en place d'une politique d'achat visant à s'approvisionner en denrées durables et de qualité et la réalisation de recettes adaptées aux convives**

Un approvisionnement en produits durables et de qualité

- ✓ N°7 : Mettre en œuvre une stratégie d'achats permettant de s'approvisionner en produits durables et de qualité au sens de la loi

Un approvisionnement en denrées adapté aux goûts des résidents

- ✓ N°8 : Faire évoluer ses approvisionnements en fonction des résultats du suivi de la prise alimentaire et des retours des convives et du personnel

Sélectionner ses denrées durables et de qualité en adoptant une méthode de production économiquement avantageuse

- ✓ N°9 : Réfléchir à des recettes économes en énergie, eau et optimisant la charge de travail du personnel en cuisine
- ✓ N°10 : Si les conditions organisationnelles le permettent, choisir les produits pour lesquels le "fait maison" devrait être privilégié, en raisonnant en termes de gains de productivité

- ✓ N°11 : Prévoir l'installation de structures de transformation pour faire des économies mobilisables dans l'achat de produits durables et de qualité

La diversification des sources de protéines

- ✓ N°12 : Prévoir une stratégie de diversification des sources de protéines réfléchie en présence de diététiciens/nutritionnistes et adaptée aux personnes âgées associée à l'achat en produits durables et de qualité

Travail sur les méthodes de cuisson

- ✓ N°13 : Privilégier certaines méthodes de cuisson pour une optimisation de la production

Favoriser la prise alimentaire par la conception et la préparation de recettes adaptées aux besoins des convives avec des propriétés organoleptiques de qualité

- ✓ N°14 : Concevoir des recettes gustatives et adaptées aux goûts des convives
- ✓ N°15 : Travailler sur de nouvelles recettes de desserts, appétents et permettant de lutter contre la dénutrition
- ✓ N°16 : Utiliser des méthodes de cuisson optimisant les propriétés organoleptiques des denrées
- ✓ N°17 : Tester les recettes en conditions réelles pour éviter une détérioration des propriétés organoleptiques au moment de la prise alimentaire et les faire goûter par les convives
- ✓ N°18 : Penser aux déclinaisons texturées des recettes et à leur présentation
- ✓ N°19 : Penser à concevoir des recettes de manière à prendre en compte les éventuelles difficultés de préhension des convives
- ✓ N°20 : Dans l'attente des travaux du GT nutrition, examiner la possibilité de répartir les apports nutritionnels tout au long de la journée et ne pas dépasser 12h de jeûne nocturne
- ✓ N°21 : Dans l'attente des travaux du GT nutrition et en cohérence avec les recommandations nutritionnelles du HCSP, examiner la possibilité d'enrichir et de densifier l'alimentation pour prévenir et lutter contre la dénutrition tout en permettant de réduire le gaspillage alimentaire et la limitation du recours aux CNO
- ✓ N°22 : Ne pas négliger les collations et le petit-déjeuner dans l'offre alimentaire
- ✓ N°23 : Ajuster les quantités servies aux résidents tout en veillant au respect des apports nutritionnels recommandés
- ✓ N°24 : Soigner la présentation des denrées présentées aux convives, avec une attention particulière sur les plats texturés

Axe 3 : Favoriser la prise alimentaire par un service adéquat

Information aux convives

- ✓ N°25 : Informer de manière détaillée les convives des caractéristiques des denrées proposées et les valoriser pour optimiser la prise alimentaire, avec une attention particulière sur les plats texturés

Aide à la prise du repas

- ✓ N°26 : Renforcer le rôle du service pour assurer une prise alimentaire (installation, aide à la prise alimentaire, ...) et organiser les missions du service de soins en conséquence

Favoriser la prise alimentaire par un environnement de prise de repas matériel et immatériel optimal

- ✓ N°27 : Sacraliser le moment du repas (durée du repas minimum, adoption d'horaires adaptés et délai approprié entre deux repas) en réfléchissant aux horaires et à l'organisation des soins
- ✓ N°28 : Soigner l'environnement de prise de repas pour faciliter la prise alimentaire (décoration agréable, salle à manger pour plus de convivialité si les conditions le permettent et si le résident choisit sa place, confort de l'installation pour manger, utilisation de vaisselle et couverts ergonomiques, ...)
- ✓ N°29 : Prendre en compte les goûts et les habitudes alimentaires des résidents et leur proposer de choisir leur repas et ainsi d'être acteur de leur alimentation

Annexes

Annexe 1 : Méthode de travail et mandat du groupe de travail « santé et médico-social »

Méthode de travail du groupe de travail

La méthode consiste au recensement des freins et des bonnes pratiques avec une capitalisation des travaux déjà menés et des outils déjà existants.

Le recensement précité s'est formalisé sous plusieurs formes :

- Lors des échanges entre les parties prenantes à l'occasion des différentes réunions du groupe de travail ;
- *Via les retours de l'appel à contributions* prenant la forme de « fiches de contributions à renseigner » (Cf. Annexe 4) ;
- **Par le biais de différentes séquences d'auditions** (Cf. Annexe 3).

Le mode opératoire pour les travaux du groupe de travail suit ci-après :

Au préalable :

1. Signature d'une charte de déontologie pour la bonne conduite des travaux ;
2. La méthode et le mandat sont validés par l'ensemble des membres du GT ;
3. Le programme de travail est mis en œuvre sur la base de la priorisation des besoins de livrables *via* une consultation préalable. L'objectif est d'adapter l'organisation et le calendrier de travail selon les sujets à traiter ;
4. L'élaboration des livrables suit la méthode suivante : (i) identification de l'existant, des besoins des acteurs, du format du livrable et de ses grandes lignes, (ii) en cas de questions scientifiques et d'expertise identifiées, demande d'appui à la structure experte identifiée, (iii) proposition écrite par courriel de la présidence et des administrations pour consultation, (iv) discussion des retours écrits, (v) validation du livrable par le groupe de travail, (vi) validation du livrable par les administrations compétentes ;
5. **Recherche de consensus.** En cas de dissensus identifié, l'objectif est de trouver une solution en séance. Si aucun consensus n'est trouvé, et en dernier recours, les administrations compétentes arbitrent ;
6. Des invités au groupe de travail (professionnels, porteurs de solutions) pourront être auditionnés sur la base d'une demande consensuelle du GT.

Rythme de travail : 1 réunion tous les 1 à 2 mois, accompagnée si nécessaire, de consultations écrites intermédiaires, de mars à septembre 2025.

Calendrier de travail

- ✓ Réunion d'ouverture : 25/03/2025
- ✓ Appel à contribution des membres du groupe de travail – fiches de contributions

- ✓ Réunion n°2 : 06/05/2025, réunion n°3 : 28/05/2025, réunion n°4 : 03/04/2025, réunion n°5 : 11/09/2025, réunion n°6 : 15/10 /2025.

Mandat du groupe de travail

Principes d'organisation du groupe de travail Santé et Médico-Social du CNRC

Eléments de contexte :

Le secteur de la restauration collective fait l'objet de plusieurs dispositions spécifiques issues des lois EGalim, AGECE et Climat et résilience visant à favoriser l'accès à tous à une alimentation plus saine et durable en actionnant plusieurs leviers :

- L'approvisionnement en produits de qualité et durables ;
- La lutte contre le gaspillage alimentaire ;
- La diversification des sources de protéines ;
- L'information des usagers ;
- La substitution des plastiques et le réemploi.

Ces dispositions impliquent des changements profonds en termes d'organisation et requièrent un accompagnement des acteurs concernés opéré dans le cadre du Conseil National de la Restauration Collective.

La restauration collective médico-sociale et sanitaire fait partie de la cible des mesures susmentionnées et rencontre certains freins pour les mettre en œuvre imputables à :

- La complexité du secteur de la santé et médico-social : la restauration englobe plusieurs profils de patients/résidents et requiert une adaptation des professionnels du secteur ;
- Les contraintes d'ordre organisationnel et logistique rencontrées par ce secteur ;
- Les contraintes d'ordre budgétaire ;
- Les contraintes en termes de ressources humaines et de compétences associées.

Afin de prendre en compte les spécificités des établissements de restauration collective des secteurs de la santé et médico-social et d'accompagner de manière **adaptée les opérateurs dans l'esprit de l'axe Alimentation durable** de la Feuille de route de Planification écologique du système sanitaire, le groupe de travail "Santé et médico-social" a été installé.

Co-présidents : Nathalie LEVIN (ANAP) & Thomas LALOU (UDIHR- Restau'Co)

Comité de pilotage : Clara MOURGUES (DGOS), Julien ROUX (DGCS), Frederika LHUISSIER (DGAL), Maïwenn L'HOIR (DGAL)

Organisations participantes :

Appel à candidatures envoyé aux membres du CNRC (07/02/2025) et aux structures spécifiques du secteur de la santé et médico-social identifiées conjointement par les co-présidents et le comité de pilotage :

- Collège de la restauration collective
- Collège des transformateurs et distributeurs
- **Collège des opérateurs de l'Etat et des collectivités**
- Collège des représentants de la société civile et des convives
- Collège des experts du secteur de la santé – associations
- Collège de la production agricole
- **Représentants de l'Etat**
- Contacts spécifiques : Fédération Hospitalière de France, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Fédération de l'hospitalisation privée, Agence Régionale sanitaire, Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers, Centre Hospitalier Régional Universitaire, Société Française d'Hygiène Hospitalière, France Asso Santé, Comité pour le développement durable en santé, Collectif Eco responsabilité en Santé, Association culinaire des établissements hospitaliers de France, Association française des diététiciens nutritionnistes, Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration, NEXEM¹⁵⁵, Unicancer, Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées, Union Nationale Interfédérale des Oeuvres Privées Sanitaires et Sociales, Syndicat National des Etablissements, Résidences et Services d'aide à domicile privés pour personnes âgées, Collectif de lutte contre la dénutrition.

Périmètre des établissements ciblés par les travaux du groupe de travail :

Dans le cadre des travaux du groupe de travail santé et médico-social, il est proposé de se focaliser principalement sur les établissements accueillant patients (sanitaire) ou résidents (médico-social). **Ce périmètre n'inclut donc pas les crèches qui font fait l'objet de travaux spécifiques dans le cadre des groupe de travail Nutrition et Plastiques.** Dans le cas où les travaux du groupe de travail mettraient en exergue la nécessité de travailler spécifiquement sur certaines catégories de secteurs non ciblés dans le mandat comme prioritaires (à l'instar des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou encore des établissements de lutte contre les exclusions), il pourrait être envisagé d'organiser des réunions "flash" tout comme cela a pu être fait dans le cadre du groupe de travail lutte contre le gaspillage alimentaire et le groupe

¹⁵⁵ Organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

de travail Plastique ou plus largement de travailler les sujets spécifiquement. En effet, il ne s'agit pas d'écarter les problématiques rencontrées par les secteurs non priorités.

Sont comptabilisés en tant que cibles prioritaires des travaux :

Concernant les établissements relevant du secteur sanitaire : cela concerne **l'ensemble des établissements sanitaire publics et privés avec une attention particulière** aux établissements relevant du domaine de la psychiatrie.

S'agissant du secteur médico-social :

- Les établissements accueillant des personnes âgées : EHPAD, Résidences Autonomie¹⁵⁶;
- Les établissements à destination des personnes en situation de handicap, accueillant des enfants ou des adultes ;
- Les établissements accueillant **des enfants protégés par l'aide sociale à l'enfance (MECS en particulier)** ;
- Les établissements exerçant une activité de portage à domicile¹⁵⁷.

Le périmètre du GT englobe à la fois la restauration des patients/résidents/convives mais aussi celle du personnel, qui dépend de la même unité de production.

Auditions ponctuelles

Le CNRC ayant vocation à rassembler des organisations représentatives et non des **structures privées individuelles, d'autres acteurs, non membres à part entière**, pourront être invités ponctuellement de manière à avoir autour de la table un panel **d'acteurs suffisamment large**.

Invités pressentis (à définir collectivement en fonction des besoins du groupe de travail) :

- **Cas des acteurs impliqués dans les travaux de recherche et d'expertise**
- Cas des acteurs impliqués dans les projets R&D
- Cas des porteurs de solutions sur les enjeux d'approvisionnements en produits durables et de qualité, de substitution des plastiques, de lutte contre les déchets alimentaires et de diversification des sources de protéines végétales.

Mandat et cadre des travaux :

¹⁵⁶ Les résidences services seniors qui ne relèvent pas du code de l'action sociale et des familles et ne sont pas des établissements médico-sociaux, sont des établissements qui accueillent des personnes âgées et pourront donc aussi s'appuyer sur ce guide.

¹⁵⁷ Il existe une multitude d'établissements de portage à domicile. Les établissements de portage à domicile pris en compte dans les travaux seront définis par les membres du GT dès lors que le cas du portage à domicile sera abordé.

1/ Axe prioritaire n°1 : le groupe de travail « Santé et Médico-Social » du Conseil national de la restauration collective aura pour objectif l'identification des freins et leviers pour engendrer des économies mobilisables pour des approvisionnements en produits durables et de qualité, en particulier la lutte contre le gaspillage alimentaire et l'adaptation de l'offre alimentaire. Le groupe de travail sera vigilant à ce que la lutte contre le gaspillage alimentaire vise une montée en gamme des produits achetés et n'impacte pas la dénutrition. Concernant l'approche nutritionnelle, le groupe de travail sera attentif à ne pas s'exonérer de la prise en compte de l'équation apports nutritionnels et portions dédiées aux convives ciblés. En effet, la lutte contre le gaspillage alimentaire doit respecter la qualité et la quantité des apports en macro et micronutriments.

En lien avec la lutte contre le gaspillage alimentaire, l'objectif poursuivi consistera à améliorer l'offre alimentaire et *in fine* le bien-être et la bonne santé des convives.

Il s'agira d'identifier les facteurs de gaspillage en établissements de restauration des secteurs de la santé et médico-social, de recenser les bonnes pratiques observées et de dégager des recommandations pour diminuer le gaspillage alimentaire mais aussi de mieux connaître les contraintes et les spécificités de ce secteur pour adapter l'offre côté production.

Méthode : recensement des freins et des bonnes pratiques avec une capitalisation des travaux déjà menés et des outils déjà existants.

2/ Axe prioritaire n°2 : Le groupe de travail « Santé et Médico-Social » du Conseil national de la restauration collective aura pour but d'identifier les freins et leviers pour l'inscription et la télédéclaration des établissements sur la plateforme "*ma cantine*" et de sensibiliser les acteurs aux services proposés par la plateforme. Il s'agira de **comprendre les freins rencontrés par les établissements pour s'inscrire et télédéclarer** sur "*ma cantine*" et d'explicitier la démarche d'accompagnement

Méthode : recensement des freins par les acteurs identification des leviers, élaboration d'un plan de communication et collaboration avec "*ma cantine*", les ARS, les fédérations, les associations, les sociétés et l'Anap.

3/ Axe n°3 : Le groupe de travail poursuivra l'objectif, en lien avec le groupe de travail **nutrition, de traiter la question de la mise en œuvre de la disposition précisée à l'article L. 230-5-6 du Code Rural et de la Pêche Maritime de proposition quotidienne du choix d'un menu végétarien, dès lors que les établissements proposent habituellement un** choix multiple de menus. Il s'agira de recenser les bonnes pratiques observées et de mettre en avant les initiatives les plus vertueuses. Les travaux du groupe se limiteront au cadre imposé par la loi. Par ailleurs, le groupe de travail n'abordera pas les sujets relatifs aux recommandations en termes de fréquences ou de grammages, travaillées dans le cadre des travaux du groupe de travail nutrition, et sera vigilant à articuler ses travaux aussi bien en termes de calendrier que de sujets abordés avec ceux du GT

nutrition. Enfin, la question de la diversification des sources de protéines devra faire l'objet d'attention et prendre en considération d'avis n°92 du Conseil National de l'Alimentation (CNA)¹⁵⁸ sur l'alimentation comme vecteur de bien vieillir pour les catégories d'établissements concernées.

Méthode : recensement des freins et des bonnes pratiques (consultation/entretiens/auditions), capitalisation d'outils, collaboration avec le groupe de travail nutrition du CNRC.

4/ Tout au long des travaux, il s'agira de communiquer et d'agir pour améliorer l'image de la restauration collective du secteur de la santé et médico-social en travaillant sur la diffusion de webinaires et en intervenant lors d'évènements ciblés de collaborer avec des structures de formations.

Méthode : à définir collectivement avec le groupe de travail, thématiques à définir collectivement par consultation

5/ Le groupe de travail a pour but de matérialiser et de diffuser le résultat de son travail en produisant et en diffusant des livrables. Il s'agira de présenter les livrables en séance plénière du CNRC et d'œuvrer à la diffusion appropriée de ces derniers.

6/ L'objectif est aussi de faciliter le dialogue entre les donneurs d'ordre publics nationaux et les acteurs territoriaux.

Les travaux du groupe de travail santé et médico-social s'inscrivent dans le cadre défini par la loi. Ainsi **le groupe de travail n'a pas le mandat de remettre en cause les dispositions qu'elle prévoit ou la date de leur mise en application, ni de proposer d'éventuelles dérogations.**

Cadrage des travaux et méthodologie :

Il est proposé le mode opératoire suivant pour les travaux du groupe de travail :

Au préalable :

- Signature d'une charte de déontologie pour la bonne conduite des travaux.

1) La méthode et le mandat sont validés par l'ensemble des membres du groupe de travail ;

2) Le programme de travail est mis en œuvre sur la base de la priorisation des besoins de livrables *via* une consultation préalable. L'objectif est d'adapter l'organisation et le calendrier de travail selon les sujets à traiter ;

¹⁵⁸ <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-vieillir/>

3) L'élaboration des livrables suit la méthode suivante : (i) identification de l'existant, des besoins des acteurs, du format du livrable et de ses grandes lignes, (ii) en cas de questions scientifiques et d'expertise identifiées, demande d'appui à la structure experte identifiée, (iii) proposition écrite par courriel de la présidence et des administrations pour consultation, (iv) discussion des retours écrits, (v) validation du livrable par le groupe de travail, (vi) validation du livrable par les administrations compétentes

4) Recherche de consensus. En cas de dissensus identifié, l'objectif est de trouver une solution en séance. Si aucun consensus n'est trouvé, et en dernier recours, les administrations compétentes arbitrent ;

5) Des invités au groupe de travail (professionnels, porteurs de solutions) pourront être auditionnés sur la base d'une demande consensuelle du groupe de travail.

Rythme de travail : 1 réunion tous les 1 à 2 mois, accompagnée si nécessaire, de consultations écrites intermédiaires

Calendrier réalisé :

- 1^{ère} réunion - 25 mars 2025
- 2nd réunion - 6 mai 2025
- 3^{ème} réunion – 28 mai 2025
- 4^{ème} réunion – 3 juillet 2025
- 5^{ème} réunion – 11 septembre 2025
- 6^{ème} réunion – 15 octobre 2025
- 7^{ème} réunion – 12 novembre 2025
- 8^{ème} réunion – 9 janvier 2026

Annexe 2 : Liste des contributeurs au livrable – membres du groupe de travail « santé et médico-social »

Tableau 2 Liste des contributeurs au livrable – membres du groupe de travail « santé et médico-social »

ADEME	Agence de la transition écologique	MIDY	Sophie	Référente Transition écologique des acteurs de la santé
AFDN	Association française des Diététiciens Nutritionnistes	PARMENTIER	Isabelle	Administrateur AFDN
Agence Bio	Agence française pour le développement et la promotion de l'agriculture biologique	PICQ	Julien	Chargée de mission RHD
AGORES	Association nationale des directeurs de la restauration collective	THERENE	Jacqueline	Directrice adjointe / Cheffe de projets Alimentation Durable – ville de Miramas
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance	LEVIN	Nathalie	Experte Développement Durable
ANIA	Association Nationale des Industries Alimentaires	VIGNE	Laurence	Secrétaire générale adjointe
ARS	ARS Ile de France	DEPINARDE	Laure	Direction de l'Autonomie

Bio Centre	association interprofessionnelle du Centre-Val de Loire	BLONDELLE	Manon	Chargée de mission alimentation
C2DS	Comité pour le développement durable en Santé	MOLIERES	Véronique	Directrice
C2DS	Comité pour le développement durable en Santé	CHAGNES	Karine	Secrétaire générale, cheffe de projet clubs métiers
CAF	Chambres d'Agriculture France	PEUVERGNE	Léna	Chargée d'études - Alimentation de proximité
CAF	Chambres d'Agriculture France	BOUREAU	Virginie	CRA Pays de Loire
CENA	Club Experts Nutrition et Alimentation	COLLERY	Isabelle	Diététicienne
CENA	Club Experts Nutrition et Alimentation	Le GALL	Isabelle	Diététicienne
CERCLE (ex SNERS)	Syndicat National des Entreprises de Restauration et Services	ROCHER	Daniel	Président
CERES	Collectif Ecoresponsabilité En Santé	PESSAUX	Patrick	Président
CERES et CNAO	Collectif Ecoresponsabilité En Santé et Collectif National des Associations d'Obèses	JOLY	Anne-Sophie	Présidente Fondatrice
CGF	Confédération des Grossistes de France	JUTTIN	Éric	Responsable Marché publics (POMONA)
CGF	Confédération des Grossistes de France	CORDIER	Guy-Bernard	Groupe Le Saint
CGF	Confédération des Grossistes de France	PELERIN	Alexia	Sysco
CHRU	Conférence des directeurs de Centres Hospitaliers Universitaires	BOUTEL	Ludovic	CHU Saint Etienne
CHRU	Conférence des directeurs de Centres Hospitaliers Universitaires	KISZCZAK	Julien	CHU Saint Etienne
CNDCH	Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers	BOURABAA	HAMAMA	Direction des Achats, de la Logistique et du Développement Durable.
CNDCH	Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers	VERGNET	Mounia	Directrice Adjointe
CNIEL	Centre National Interprofessionnel de l'Economie Laitière	MOREL	Nathalie	Directrice Communication Alimentation Santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie	TENAND	Marianne	Cheffe économiste
CLCD	Collectif de lutte contre la dénutrition	TROUTOT	Robin	Représentant
CLCD	Collectif de lutte contre la dénutrition	FOSSANI	Alan	Chargé de mission
CLCD	Collectif de lutte contre la dénutrition	RAYNAUD SIMON	Agathe	Présidente
Confédération paysanne	Confédération paysanne	MATHIEU	Jean-Jacques	Représentant de l'organisation au CNRC
Coordination rurale	Coordination rurale	LACROUX-ROQUES	Magali	Responsable Service Etudes
Diets&Coll		CAPELLI	Emilie	Présidente
EHESP	École des hautes études en santé publique	BRUNIER	Julien	Directeur de projet transition écologique

FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne	GROS	Charlotte	Responsable transition écologique
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne	SWAENEPOEL	Julie	Directeur Qualité, Risques et Logistique
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne	RUIZ	Camille	Conseillère transformation écologique
FHF	Fédération hospitalière de France + ANAP	CHOUVEL	Rudy	Chargé de mission - Transition écologique en santé
FHP	Fédération hospitalière privée	BECHU	Thierry	MCO (médecine chirurgie obstétrique)
FHP	Fédération hospitalière privée	DEMONTIS	Laurent	MCO (médecine chirurgie obstétrique)
FHP	Fédération hospitalière privée	VIEZ	Marie-Claire	Directrice Stratégie
FNAB	Fédération Nationale d'Agriculture Biologique des régions de France	CEZE	Valentin	Chargé de mission Alimentation
FNAQPA	Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées	LEBLAY	Mélanie	Responsable Développement Durable / RSE
FNAQPA	Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées	SAPY	Didier	Directeur Général
FNH	Fondation pour la Nature et l'Homme	RAPAUD	Marie	Responsable Agriculture et Alimentation
FNSEA	Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles	DELAFOULHOUZE	Mathilde	Chargée de mission Alimentation, Qualité, Relations Commerciales
FNSEA	Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles	DENIS	Anne-Marie	Présidente de la FDSEA de l'Orne
Groupe VYV3		JEANNEL	Laure-Marine	Directrice RSE & Qualité Coordinatrice Audit Interne
Hermes Santé	Groupe en charge de personnes âgées en perte d'autonomie	CATZARAS	Céline	Directrice générale
INTERBEV	Interprofession du Bétail et des Viandes	GUENE	Emeline	Chargé de projet Nutrition Humaine
INTERBEV	Interprofession du Bétail et des Viandes	AMMER	Aurore	Restauration Hors Domicile
INTERFEL	Interprofession de la filière fruits et légumes frais	CHAMBRIER	Claire	Responsable du développement scientifique et pédagogique
INTERFEL	Interprofession de la filière fruits et légumes frais	AYÇAGUER	Olivier	Responsable adjoint du Service Economie, Evaluation, et Compétitivité Filière d'Interfel
MASA / DGAL	DGAL	L'HOIR	Maiwenn	Référente Restauration collective
MASA / DGAL	DGAL	LHUISSIER	Frederika	Cheffe de projet Restauration collective
MEFSIN / DAJ	DAJ	GLACHANT	Jeanne	Chargée de mission achats publics durables / achats publics d'innovation
MSFAPH / DGCS	DGCS	GOUTTEFARDE	Lydie	Enfance familles

MSFAPH / DGCS	DGCS	CASTIEL	Camille	Chargée de mission adaptation de la société au vieillissement
MSFAPH / DGCS	DGCS	ROUX	Julien	Directeur de projet « Investissements PNRR »
MSFAPH / DGOS	DGOS/Cabinet	MOURGUES	Clara	Cheffe de projet Planification écologique du système de santé
MSFAPH / DGS	DGS/Bureau Alimentation et nutrition (EA3)	de GUIDO-VINCENT-GENOD	Isabelle	Cheffe de bureau
MSFAPH / DGS	DGS/Bureau Alimentation et nutrition (EA3)	EGNELL	Manon	Adjointe cheffe de bureau
MSFAPH / DGS	DGS/Bureau Alimentation et nutrition (EA3)	COURCELLE	Christel	Cheffe de projet Nutrition - PNNS
MSFAPH / DGS	DGS/Bureau Alimentation et nutrition (EA3)	JOANNARD	Nathalie	Médecin inspecteur sanitaire publique
MTE / CGDD	Commissariat général au développement durable	BOUJU	Léonie	Chargée de mission alimentation durable
NEXEM	Employeurs associatifs du Social et de la Santé	LAGARDE	Tiphaine	Conseillère Développement Durable
Restau'Co	Réseau interprofessionnel de la restauration collective (gestion directe)	ROLLIN	Marie-Cécile	Directrice
Restau'Co	Réseau interprofessionnel de la restauration collective (gestion directe)	MARI	Christophe	Président de Restau'co
Restau'Co	Réseau interprofessionnel de la restauration collective (gestion directe)	BLED	Laurence	CHU Bordeaux
Restau'Co	Réseau interprofessionnel de la restauration collective (gestion directe)	MORELIERE	David	GIP Cuisine Centrale Mende Hôpital Lozère
SNRC	Syndicat national de la restauration collective concédée	FOULON	Damien	Responsables affaires réglementaires SNRC
SNRC	Syndicat national de la restauration collective concédée	GALISSANT	Carole	Sodexo
SNRC	Syndicat national de la restauration collective concédée	MOURIER	Véronique	Elior
SYNABIO	Syndicat des transformateurs et distributeurs bio	GSELL	Mathilde	Responsable plaidoyer et études
SYNERPA	Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées.	ASSATRIAN	Haik	Juriste
SYNERPA/EMEIS	EMEIS	GHIBAUDO	Cécilia	Responsable RSE France
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration	LALOU	Thomas	CH Douai
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration	QUEAU-COMMAULT	Aline	CH Brest
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration	MEUNIER	Anthony	Responsable Restauration de l'EPSM de Vendée - Santé mentale
UDIHR	Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration	GARRIGUE	Hervé	Ingénieur en chef CH Dax
Unicancer	Fédération des Centres de lutte contre le cancer	SAHTEL	Sabrina	Cheffe de projet offre de soins
Unicancer	Fédération des Centres de lutte contre le cancer	MOUSSU	Hélène	Cheffe de projet parcours de soins

UNIOPSS	Unir les associations pour développer les solidarités	PENOT	Charlotte	Conseillère technique Lutte contre l'exclusion
---------	---	-------	-----------	---

Annexe 3 : Liste des auditions du Groupe de Travail

Structures représentant la catégorie « Etablissements sanitaire »

- ✓ **UDIHR/RESTAU'CO : présentation du projet « repas à l'hôpital »** - Thomas LALOU – 25/03/2025
- ✓ **UDIHR/RESTAU'CO : retour d'expérience** – restauration du CHU BREST -Aline QUEAU-COMMAULT – 06/05/2025
- ✓ **FEHAP : retour d'expérience** – Hôpital Foch - Julie SWAENEPOEL - 06/05/2025
- ✓ **FEHAP : retour d'expérience** - Fondation John BOST – Elisabeth STEHLY TOURE - 06/05/2025
- ✓ **GIP RCCM : retour d'expérience** – Jorge MARQUES DE FIGUEIREDO – 28/05/2025
- ✓ **GIP Lozère – retour d'expérience** – Davide MORELIERE – 28/05/2025
- ✓ **Institut de cancérologie de Lorraine – retour d'expérience** – Mélanie PETIT et Antonio RODRIGUES – 28/05/2025
- ✓ **Institut de cancérologie – Centre Henri Becquerel – retour d'expérience** – Lucie LEVEQUE – 28/05/2025
- ✓ **RESTAU CO – CH Dax – retour d'expérience** – Hervé GARRIGUE – 28/05/2025
- ✓ **CH Centre Bretagne – retour d'expérience** – Laura SFRONTATO – 03/07/2025

Structures représentant la catégorie « Etablissements médico-sociaux »

- ✓ **FNAQPA – Présentation du projet « Maison Gourmande et Responsable »** - Didier SAPY – 06/05/2025
- ✓ **AVISE - Comment diminuer la dénutrition et (les fausses routes) en EHPAD ?** - Aline VICTOR – 03/07/2025
- ✓ **GIP RCCM : retour d'expérience** – Jorge MARQUES DE FIGUEIREDO – 28/05/2025
- ✓ **GIP Lozère – retour d'expérience** – Davide MORELIERE – 28/05/2025

Structures expertes en nutrition

- ✓ **Collectif de Lutte contre la dénutrition – Alimentation et soin nutritionnel à l'hôpital et en secteur médico-social** – Pr Agathe RAYNAUD SIMON et Pr Eric FONTAINE – 06/05/2025
- ✓ **AFDN – Ce qui conditionne la prise d'un repas en secteur médico-social : personnaliser une production de masse ? Une réalisation partagée entre la restauration et les unités de soins** – Isabelle PARMENTIER – 03/07/2025
- ✓ **CENA – Réflexion sur les causes du gaspillage alimentaire et les moyens pour le réduire** – Isabelle LE GALL – 03/07/2025
- ✓ **Diets&Coll – Retour d'expérience** – Emilie CAPELLI – 03/07/2025

Annexe 4 : Liste des contributions du Groupe de Travail

Structures représentant la catégorie « Etablissements sanitaire »

- ✓ GHT Béziers, site Pérréal – Mounia VERGNET - **Plan d’actions d’amélioration de l’offre alimentaire et lutte contre le gaspillage alimentaire** - EHPAD et unités de soins du Pôle gériatrique
- ✓ CHU de Brest – Aline QUEAU COMMAULT - Projet interne : Nouvelle offre alimentaire, Pilotage projet Européen avec UBO : Cool Food Pro - Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie/santé mentale, SSR, USLD, Cancérologie, EHPAD
- ✓ GIP Cuisine Centrale de Mende – David MORELIERE - Appel à projet de la DGOS : Réduction et valorisation du gaspillage alimentaire - EHPAD + CH
- ✓ FEHAP - Fondation John BOST - Elisabeth STEHLY TOURE - pesées de déchets alimentaires, actions de réduction du gaspillage - **Foyer d’accueil médicalisé, maison d’accueil spécialisé, établissement de soins autorisé en psychiatrie** - ESPIC
- ✓ FEHAP - Hôpital Foch - Anne Lindemann - Etude lutte contre le gaspillage alimentaire au self Expérimentation de mesure des ingestas patients (et lutte contre le gaspillage et la dénutrition patients)
- ✓ FHP - Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine du groupe GBNA Santé - Tiphaine COUDRET – **Plan d’action de lutte contre le gaspillage alimentaire en cours** - Clinique privée
- ✓ Unité Centrale de Restauration – **Centre Hospitalier Dax Cote d’Argent** – Hervé GARRRIGUE – étude - Centre hospitalier, EHPAD, écoles, crèches, portages
- ✓ RESTAU CO - GIP SILGOM restauration - Delphine JEANNIN - Lutte contre le gaspillage alimentaire en cuisine centrale - Unité centrale de production - Restaurant du personnel
- ✓ SNRC – SODEXO – Carole GALISSANT - Programme WasteWatch - solution de restauration collective qui permet de collecter chaque jour des données afin de réduire le gaspillage alimentaire
- ✓ SNRC – COMPASS – Sylvie HERAULT - Déploiement des pesées sur les différents établissements -santé - senior - médico-social
- ✓ UNICANCER – Centre Henri Becquerel – Clara SYLVERE – expérimentation – CLCC
- ✓ UNICANCER - Centre Jean PERRIN - Marc VERDIER, Nicolas POURTIER, Marilyn BROULT – projet de maîtrise du gaspillage alimentaire – CLCC
- ✓ UNICANCER – **Institut de Cancérologie de l’Ouest** – Emmanuelle LE MAIRE – actions anti-gaspi – CLCC
- ✓ UNICANCER – Institut de Cancérologie de Lorraine – Mélanie PETIT – projet de lutte contre le gaspillage alimentaire – CLCC

Structures représentant la catégorie « Etablissements médico-sociaux »

- ✓ GHT Béziers, site Pérréal – Mounia VERGNET - **Plan d’actions d’amélioration de l’offre alimentaire et lutte contre le gaspillage alimentaire** - EHPAD et unités de soins du Pôle gériatrique
- ✓ CHU de Brest – Aline QUEAU COMMAULT - Projet interne : Nouvelle offre alimentaire, Pilotage projet Européen avec UBO : Cool Food Pro - Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie/santé mentale, SSR, USLD, Cancérologie, EHPAD
- ✓ GIP Cuisine Centrale de Mende – David MORELIERE - Appel à projet de la DGOS : Réduction et valorisation du gaspillage alimentaire - EHPAD + CH
- ✓ Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Âgées (FNAQPA) – Mélanie LEBLAY - boîte à outils Maison Gourmande et Responsable
- ✓ Unité Centrale de Restauration – **Centre Hospitalier Dax Cote d’Argent** – Hervé GARRRIGUE – étude - Centre hospitalier, EHPAD, écoles, crèches, portages
- ✓ SNRC – ELIOR – Véronique MOURIER - Création de recettes anti-gaspi et ateliers de sensibilisation – EHPAD
- ✓ SNRC – RESTORIA – Mesure de performance annuelle interne – EHPAD et **structures d’accueil de personnes handicapées**
- ✓ SNRC – SODEXO – Carole GALISSANT - Programme WasteWatch - solution de restauration collective qui permet de collecter chaque jour des données afin de réduire le gaspillage alimentaire
- ✓ SNRC – COMPASS – Sylvie HERAULT - Déploiement des pesées sur les différents établissements -santé - senior - médico-social


Structures expertes en nutrition

- ✓ Collectif de Lutte contre la Dénutrition – Agathe RAYNAUD SIMON et Robin TROUTOT - éclairage de professionnels hospitaliers responsables de Comités de Liaison Alimentation et Nutrition depuis de nombreuses années, analyse synthétique de la littérature médicale/scientifique

Autres structures

- ✓ ADEME – Sophie MIDY - retours sur les dossiers financés, les dossiers en cours, les références dans la librairie ADEME, la cartographie ESS et les formations recensées par les partenaires PACA alimentation durable
- ✓ Agence Bio – Julien PICQ – Etude conduite par Manger du Sens (plateforme des nouvelles pratiques alimentaires)
- ✓ Chambre Agriculture France – Céline MARJOLET - Accompagnement de la restauration collective à la réduction du gaspillage alimentaire

Annexe 5 - Espace de saisie de données de déchets alimentaires » disponible sur la plateforme numérique « ma cantine »



Étape 1 sur 6

Période de mesure

Étape suivante : Masse totale des déchets alimentaires

Debut

02/12/2024

Fin

09/12/2024

Nombre de couverts sur la période

6 jours

240

Modifier

Calculé à partir du nombre de couverts par jour indiqué pour votre établissement : 30

Figure 15 1ère étape de la saisie : renseignement des dates de campagne de pesée et du nombre de couverts servis durant la campagne de pesées



Étape 2 sur 6

Masse totale des déchets alimentaires

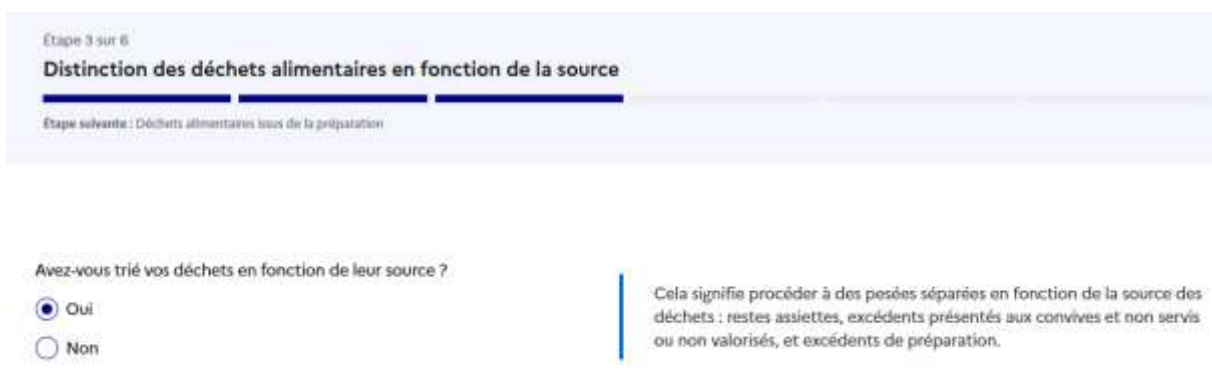
Étape suivante : Distinction des déchets alimentaires en fonction de la source

Masse totale des déchets alimentaires relevée sur la période de mesure en kg

1000

Les déchets alimentaires incluent une fraction comestible (assimilable à du gaspillage alimentaire) et une fraction non comestible (os, épiluchures, arêtes).

Figure 16 Seconde étape de la saisie : saisie des données de déchets alimentaires en kg (pesées pendant la campagne de pesée)



Étape 3 sur 6

Distinction des déchets alimentaires en fonction de la source

Étape suivante : Déchets alimentaires issus de la préparation

Avez-vous trié vos déchets en fonction de leur source ?

Oui

Non

Cela signifie procéder à des pesées séparées en fonction de la source des déchets : restes assiettes, excédents présentés aux convives et non servis ou non valorisés, et excédents de préparation.

Figure 17 Etape 3 de la saisie : fin de la saisie simple ou poursuite avec la saisie de données de déchets alimentaires par source de gaspillage

Étape 4 sur 6

Déchets alimentaires issus de la préparation

Étape suivante : Déchets alimentaires liés aux denrées présentées aux convives mais non servies

Masse de déchets alimentaires issus de la préparation (en kg)
Optionnel

Déchets alimentaires issus de la préparation

Masse des déchets alimentaires comestibles (assimilable à du gaspillage alimentaire) (en kg)
Optionnel

Avez-vous trié entre comestible et non comestible ?
Optionnel

Oui

Non

Masse des déchets alimentaires non comestibles (en kg)
Optionnel

Figure 18 Etape 4 : Saisie des données de déchets alimentaires de préparation (avec distinguo des déchets alimentaires comestibles et non comestibles si la mesure a pu être faite)

Étape 5 sur 6

Déchets alimentaires liés aux denrées présentées aux convives mais non servies

Étape suivante : Déchets alimentaires liés aux restes assiettes

Masse de déchets alimentaires pour les denrées présentées aux convives mais non servies (en kg)
Optionnel

Denrées présentées aux convives mais non servies

Masse des déchets alimentaires comestibles (assimilable à du gaspillage alimentaire) (en kg)
Optionnel

Avez-vous trié entre comestible et non comestible ?
Optionnel

Oui

Non

Masse des déchets alimentaires non comestibles (en kg)
Optionnel

Figure 19 Saisie des données de déchets alimentaires de denrées présentées aux convives et non servies (avec distinguo des déchets alimentaires comestibles et non comestibles si la mesure a pu être faite)

Étape 6 sur 6

Déchets alimentaires liés aux restes assiettes

Masse de déchets alimentaires pour le reste assiette (en kg)
Optionnel

Restes assiettes

Masse des déchets alimentaires comestibles (assimilable à du gaspillage alimentaire) (en kg)
Optionnel

Avez-vous trié entre comestible et non comestible ?
Optionnel

Oui

Non

Masse des déchets alimentaires non comestibles (en kg)
Optionnel

Figure 20 Saisie des données de déchets alimentaires de restes plateaux (avec distinguo des déchets alimentaires comestibles et non comestibles si la mesure a pu être faite)

Mes déchets alimentaires mesurés

Date de l'évaluation

2 déc. - 9 déc. 2024

4 166,667 g

par repas et par convive

Part de comestible

Graph

Texte



■ Comestible ■ Non-comestible

Origine du gaspillage

Graph

Texte



■ Déchets alimentaires issus de la préparation

■ Denrées présentées aux convives

Figure 21 Synthèse et visualisation graphique

Annexe 6 – Fiche pratique pour peser les déchets alimentaires

Protocole de référence de pesées des déchets alimentaires, compatible avec les niveaux 1 et 2 du label national anti-gaspillage alimentaire, pour la restauration collective.

Ce document a été réalisé avec la contribution des réseaux REGAL Bretagne et Normandie (Réseaux pour Éviter le Gaspillage Alimentaire).

Cette fiche pratique a pour objectif de détailler le protocole de référence de pesée simple de gaspillage alimentaire compatible avec le niveau 1 et 2 du label national anti-gaspillage alimentaire. Pour une pesée détaillée par composante (niveau 3), se référer aux annexes 1b et 2b (les composantes peuvent être adaptées mais concernent **l'entrée, le plat, le pain**, etc).

Trois niveaux de diagnostic possibles (les niveaux correspondent à la fois à la finesse des pesées et aux exigences attendues pour prétendre au Label)

Niveau	Données à peser/collecter
1	Pesée simple avec distinction des fractions comestibles/non comestibles. Il est autorisé de peser en mélange et d'appliquer un ratio.
2	Pesée simple avec distinction des fractions comestibles/non comestibles. Il est autorisé de peser en mélange et d'appliquer un ratio.
3	Pesée simple ou par composante avec distinction des fractions comestibles/non comestibles

Définitions

- ⊙ **Déchets alimentaires** : toutes les denrées alimentaires¹⁵⁹ qui sont devenues des déchets. Cette définition concerne les « denrées alimentaires » ou « aliments » à savoir toute substance ou produit, transformé, partiellement transformé ou non transformé, destiné à être ingéré ou raisonnablement susceptible d'être ingéré par l'être humain, y compris l'eau, les boissons, les gommes à mâcher.¹⁶⁰ Les déchets alimentaires incluent une fraction comestible et une fraction non comestible (voir schéma ci-dessous (Figure 1)).
- ⊙ **Fraction comestible** : cette notion correspond aux déchets dits évitables, assimilable à du gaspillage alimentaire. Par exemple les plats préparés et jetés, les denrées à DLC dépassée, les fruits abîmés jetés, les restes non consommés par les convives correspondent à la fraction comestible des déchets alimentaires.
- ⊙ **Fraction non comestible** : cette notion correspond aux déchets dits inévitables. Par exemple, les épluchures, la peau de la banane, l'os de la viande ou encore les croûtes de fromage correspondent à la fraction non comestible des déchets alimentaires et ne sont pas considérés comme du gaspillage alimentaire.

¹⁵⁹ Au sens de l'article 2 du règlement (CE) n° 178/2002 du 28 janvier 2002

¹⁶⁰ Article L541-1-1 du Code de l'Environnement, Règlement (CE) n°178/2002 du 28 janvier 2002



Figure 22 : Déchets alimentaires – schéma de compréhension

- ⊙ **Déchets issus des stocks** : produits non conformes à la livraison et jetés sur place, fruits et légumes pourris et/ou abîmés, dates limites de consommation (DLC) dépassées.
- ⊙ **Déchets issus de la préparation** : déchets liés au parage, aux épluchures, au gras, aux **coquilles d'œuf**, aux produits tombés au sol, aux erreurs recettes, aux produits écartés lors de la préparation, ou aux surplus de production non réutilisés.
- ⊙ **Excédents présentés aux convives et non servis** : ce qui a été servi mais n'a pas été pris par les convives.
- ⊙ **Restes assiettes/plateaux** : ce qui n'a pas été consommé par les convives.

Méthodologie

Pour garantir une évaluation précise de vos déchets alimentaires, il est demandé de réaliser vos pesées lors d'une semaine représentative de l'activité durant les jours ouvrés de l'établissement. A minima sur une période de 5 jours pour tous les établissements et 7 jours pour les établissements du secteur sanitaire et médico-social.

- ⊙ **Les pesées sont distinctes pour les 3 étapes suivantes :**
 1. **Déchets de préparation dans le cas d'une cuisine sur place**
 2. Excédents présentés aux convives et non servis
 3. Restes plateaux et assiettes non consommés par les convives

Protocole de pesée simple de gaspillage alimentaire en restauration collective

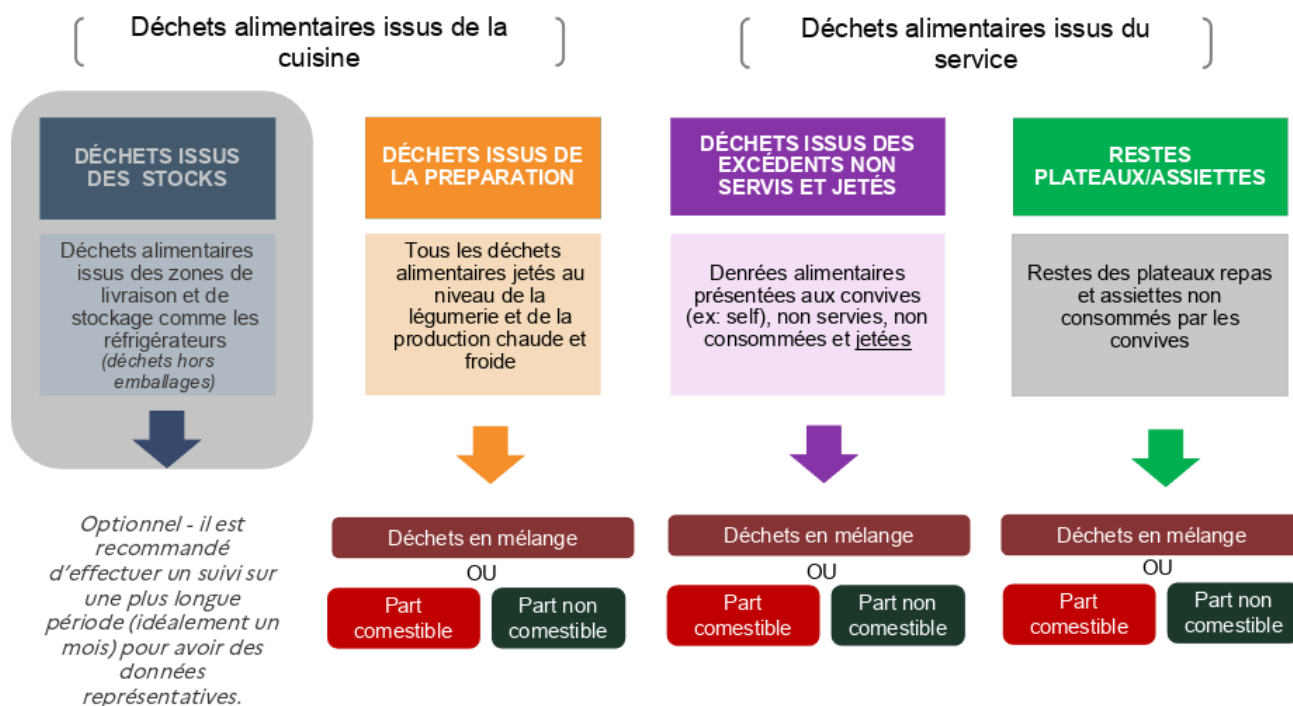


Figure 23 : schéma des flux pour effectuer une pesée simple en restauration collective

⊙ Déchets issus des stocks

Les déchets issus des stocks et des livraisons sont à prendre en compte dans un diagnostic de gaspillage alimentaire. Cependant, il est **recommandé d'effectuer un suivi sur une plus longue période** (idéalement un mois) pour avoir des données représentatives.

⊙ Tri des déchets

Dans un souci de simplification, le tri des fractions comestibles et non comestibles des déchets alimentaires est optionnel pour ceux qui n'ont pas les moyens nécessaires. Dans ce cas, un ratio¹⁶¹ est appliqué par défaut pour estimer la fraction non comestible des déchets alimentaires. De la même manière, les déchets alimentaires peuvent être pesés en mélange (sans distinction des entrées, plats, desserts ou des différentes composantes) mais si l'établissement souhaite réaliser un diagnostic plus poussé, il est tout à fait conseillé de le faire.

¹⁶¹ Pour les déchets issus du service, lorsque la séparation des déchets comestibles et non comestibles ne peut pas être effectuée, un ratio de 15% ([calcul proposé par l'ADEME](#)) peut être utilisé pour soustraire la part non comestible des déchets alimentaires et ainsi calculer la part des déchets assimilée à du gaspillage alimentaire. Ce ratio peut être adapté en fonction de la nature des déchets (par exemple augmenter le ratio si par exemple, il y a beaucoup d'épluchures).

⊙ Quelles denrées doivent être pesées ?

Il est nécessaire de prendre en compte les aliments liquides intégrés dans le menu (soupes, potages, sauces, condiments), en notant que les boissons en sont exclues. Les restes de cuisine et de préparation resservis à un autre repas ou valorisés sous forme de recette anti-gaspi ne sont pas comptabilisés comme des déchets alimentaires ou comme du gaspillage alimentaire. Les plats témoins ne sont pas à intégrer dans les pesées du gaspillage alimentaire (mais les assiettes témoins le sont). La valorisation organique (compostage/méthanisation) de la fraction comestible constitue du gaspillage alimentaire, elle est incluse dans les déchets alimentaires.

⊙ Spécificités pour les établissements du secteur sanitaire et médico-social :

- Les pesées sont à réaliser sur 7 jours à tous les repas : petit-déjeuner, déjeuner, collations, dîner.
- Les déchets alimentaires aussi bien des convives en chambre ou en salle à manger ou en salle de convivialité doivent être pris en compte.

Comment organiser une campagne de pesées ?

La campagne de pesées s'organise en 6 étapes distinctes, détaillées ci-dessous.

1. Désigner une personne en charge de l'opération

Le chef de projet (chef de cuisine, responsable de la restauration, responsable de développement durable, soignants, éducateurs ...) coordonne la campagne de pesées. Il est important de bien former et sensibiliser les équipes avant la campagne et avant chaque service pendant la semaine de pesées. Il est conseillé de désigner une personne responsable du tri et de la pesée pour chaque étape (cuisine, dépose-plateaux, chambres...).

2. Étudier et imprimer les fiches de relevés de pesées

Pour les établissements scolaires ou les restaurants administratifs, se référer aux annexes 1a et 1b. Pour les établissements du secteur sanitaire et social, se référer aux annexes 2a et 2b.

Le chef de projet prend connaissance des données à compléter, les communique aux équipes de pesées et imprime au préalable les grilles.

3. Mettre en place un système de tri des déchets avant la semaine de pesées

Identifier au préalable les différentes zones de production de déchets.

Dans le cas d'une préparation sur place ou d'une cuisine centrale :

- ✓ En cuisine : légumerie, préparation chaude et froide, préparation dessert...
- ✓ Le cas échéant, quai de départ des livraisons

Dans les zones de service :

- ✓ Dans la cuisine pour trier les excédents présentés aux convives et non servis
- ✓ A la dépose-plateaux ou à la plonge trier les restes non consommés par les convives.

4. Réunir le matériel nécessaire :

- ✓ Une balance de précision, un peson ou un pèse-personne

- ✓ Le nombre nécessaire de poubelles, seaux ou bacs gastro pour chaque zone en fonction du tri choisi :
 - *Pour une pesée simple en mélange* : 2 contenants par zone (déchets alimentaires et non alimentaires)
 - *Pour une pesée simple avec distinction comestible / non comestible (recommandé)* : 3 contenants par zone (déchets comestibles, non comestibles, déchets non-alimentaires)
 - *Pour une pesée détaillée par composante* :
 - Pour les déchets issus de la préparation : 3 contenants (déchets comestibles, non comestibles, déchets non-alimentaires)
 - Pour les déchets issus du service : 1 contenant par composante (par exemple : entrées, plat, fromage, dessert et laitages, pain), 1 contenant pour le non-comestible et 1 contenant pour le non-alimentaire)
- ✓ Des étiquettes/affiches désignant ce que les poubelles doivent contenir (cf. Annexe 5 et 6 - affiches pour le tri).

5. Lors de la campagne de pesées

- ✓ *Pour les déchets de préparation en cuisine* : trier les déchets de préparation dans chaque zone de cuisine (parage, préparation froide et chaude, desserts...). En fin de préparation, peser les déchets alimentaires (poids net, attention à la tare !) et noter les chiffres sur la fiche de relevés (Annexe 1 et 2). Procéder ainsi chaque jour pour **l'ensemble des repas**.
- ✓ *Pour les excédents présentés et non servis au self* : En fin de service, trier et peser les déchets alimentaires et noter les chiffres dans la fiche de relevés de pesées (poids net, attention à la tare !).
- ✓ *Pour les restes de nourriture non consommés par les convives des convives* : les restes de nourriture sont triés dans les contenants correspondants. Une personne doit veiller à ce que le tri est effectué correctement. En fin de service, peser les déchets alimentaires et noter les chiffres dans la fiche de relevés de pesées (poids net, attention à la tare !).

Attention : bien penser à noter les effectifs de repas prévus et servis chaque jour.

Après la campagne de pesées

1. **Saisir les données dans le tableau de saisie** : il est important de renseigner précisément le nombre de repas prévus et préparés chaque jour.
2. **Analyser les résultats** : se référer aux moyennes nationales pour se situer.
3. **Saisir les données sur votre espace personnel ma cantine**, onglet « Gaspillage Alimentaire ».
4. **Communiquer les résultats avec le personnel de restauration et la direction**
5. **Construire un plan d'actions partagé**. Retrouvez sur le site de ma cantine [des fiches actions](#) qui peuvent être mises en place.

Annexes

Vous trouverez ci-dessous les outils nécessaires pour organiser la campagne de pesées en fonction du type d'établissement (scolaire ou restaurant administratif/secteur sanitaire et médico-social) et également du niveau de tri souhaité (pesée simple ou par composante).

ETABLISSEMENTS SCOLAIRES OU RESTAURANTS ADMINISTRATIFS

ANNEXE 1a_Fiches relevés + saisie_Pesées simple _5jours

ANNEXE 1b_Fiches relevés + saisie_Pesées par composante_5 jours

ETABLISSEMENTS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

ANNEXE 2a_Fiches relevés + saisie_Pesées simples_7 jours

ANNEXE 2b_Fiches relevés + saisie_Pesées par composante_7 jours

AFFICHES POUR FACILITER LE TRI

ANNEXE 3_Affiches_de_tri_pour_pesée_simple

ANNEXE 4_Affiches_de_tri_pour_pesée_par_composante

Annexe 7 – Exemples d'affiches disponibles sur « ma cantine » mobilisables pour la campagne de pesées



Exemples:

- Dates dépassées
- Emballages dégradés
- Etc.



Figure 24 Exemple d'affiche - pesée simple

ENTRÉE

RESTES DE NOURRITURE COMESTIBLE



Figure 25 Exemple d'affiche - pesée par composante

Annexe 8 : Fiches recettes proposées par le guide pratique à destination de la restauration sanitaire et médico-sociale pour développer les approvisionnements bio et les orienter vers une nouvelle offre alimentaire adaptée aux séniors.

SAUMON EN CROÛTE DE LENTILLES

RECETTE POUR 10 / PORTION DE 100 g

Diversifier les
protéines

Effet
Targem



INGRÉDIENTS	Quantité	Prix au kg*	Coût pour 10 portions (€)
Saumon cru d'élevage	700 g	14,99	10,49
Lentilles bio cuites égouttées	300 g	1,04	0,31
Moutarde	15 g	2,00	0,03
Miel	15 g	5,33	0,08
Échalote crue	10 g	1,99	0,04
Pain complet bio	10 g	6,71	0,07
Aneth frais	1 g	7,98	0,01
Comparaison des coûts			
Portion Saumon en croûte de lentilles	100 g	10,48	1,05
Portion Saumon SANS croûte lentilles	100 g	14,99	1,50

* Prix au kg estimés à date

Valeurs nutritionnelles Pour 100 g

	Recette	Saumon wild
Valeur énergétique - kcal	167,84	193,60
Grasses totales - g	9,06	12,40
Acides gras saturés - g	1,55	2,15
Acides gras mono-insaturés - g	5,54	4,90
Acides gras polyinsaturés - g	3,04	4,17
Cholestérol - mg	57,52	55,60
Glycides totaux - g	5,17	0,00
Sucres - g	1,39	0,00
Amidon - g	3,40	0,00
Fibres - g	1,45	0,25
Protéines - g	16,41	20,50
Sel - mg	393,18	136,20

MISE EN OEUVRE

1. Préparer les pavés de saumon.
2. Mixer les lentilles avec la moutarde, le miel, la chapelure de pain complet, l'aneth et les échalotes.
3. Dresser cette purée sur les pavés de saumon.
4. Cuire au four sec à 120°C avec une sonde à cœur jusqu'à 63°C.

Figure 10 Extrait du guide de RESTAU CO - Plus de bio dans l'assiette de nos aînés - recette de saumon en croûte de lentilles

COMPOTE ENRICHIE

RECETTE POUR 10 / PORTION DE 100 g

Cuisine
Cuisinée

Effet
Marjalaine



INGRÉDIENTS	Quantité	Prix au kg	Coût pour 10 portions (€)
Pommes bio type Golden	1 Kg	2,40	2,40
Dattes séchées dénoyautées	210 g	12,00	2,52
Poudre d'amande	130 g	10,97	1,43
Comparaison des coûts			
Portion compote enrichie bio	100 g	4,74	0,47
Portion compote enrichie non bio	100 g	3,99	0,40

* Prix au kg estimés à date

Valeurs nutritionnelles pour 100 g

	Compote enrichie	Compote en pot
Valeur énergétique - kcal	185,39	102,60
Grasses totales - g	7,13	0,21
Acides gras saturés - g	0,58	0,02
Acides gras mono-insaturés - g	5,43	0,02
Acides gras polyinsaturés - g	1,77	0,05
Cholestérol - mg	0,00	0,00
Glucides totaux - g	28,33	24,40
Sucres - g	23,54	20,70
Amidon - g	2,79	1,25
Fibres - g	4,22	1,63
Protéines - g	3,61	0,23
Sel - g	0,00	0,00

MISE EN OEUVRE

Préparation

1. Couper les pommes en morceaux et les disposer dans un bac gastronomique.
2. Ajouter les dattes et les amandes.
3. Ajouter un peu d'eau et fermer le bac.
4. Cuire au four vapeur environ 20 minutes.
5. Mixer finement après cuisson et laisser refroidir.

Options

1. Si le mixeur est performant, garder les trognons de pommes.
2. Si les pommes sont bio, garder la peau.

Figure 11 Extrait du guide de RESTAU CO - Plus de bio dans l'assiette de nos aînés – compote enrichie

RECETTE POUR 10 / PORTION DE 50 g

Personnalisation
de l'accompagnement

Effet
Carnie



INGRÉDIENTS	Quantité	Prix au kg*	Coût pour 10 portions (€)
Lait entier UHT bio	330 g	1,76	0,58
Jaunes d'œufs	130 g	9,15	1,19
Sucre blanc	30 g	1,33	0,04
Lait en poudre écrémé bio	70 g	9,71	0,68
Vanille en poudre	1 g	130	0,13
Comparaison des coûts			
Portion Crème anglaise enrichie	50 g	4,67	0,23 €
Portion Crème anglaise NON enrichie	50 g	3,95	0,20 €
Boisson liquide hyperprotéinée en pharmacie	200 g	11,55	2,31 € 0,57 € / 50 g

* Prix au kg vatimes à date

Valeurs nutritionnelles
Pour 100 g

	Recette	Recette sans lait en poudre	CNO
Valeur énergétique : kcal	197,10	146,60	240,00
Grasses totales : g	9,64	5,78	10,00
Acides gras saturés : g	3,90	3,78	1,00
Acides gras mono-insaturés : g	5,80	3,70	
Acides gras polyinsaturés : g	1,16	1,14	
Cholestérol : mg	260,46	252,40	
Glucides totaux : g	17,38	9,40	25,60
Sucres : g	16,65	8,90	12,00
Amidon : g	0,70	0,56	
Fibres : 0,00 g	0,00	0,00	2,50
Protéines : g	11,06	6,22	10,00
Sel : mg	296,92	102,90	200,00

MISE EN OEUVRE

1. Mixer les jaunes d'œufs, le lait bio, le sucre et la poudre de lait bio.
2. Ajouter la vanille.
3. Mettre le mélange dans un sac de congélation ou un bac filmé au contact.
4. Cuire à 83°C pendant 45 minutes en sous-vide partiel.
5. Mixer à nouveau après cuisson.
6. Refroidir.

Figure 12 Extrait du guide de RESTAU CO - Plus de bio dans l'assiette de nos aînés – Crème anglaise enrichie

HARICOTS ROUGES

RECETTE POUR 10 / PORTION DE 50 g



Valeurs nutritionnelles pour 100 g

	Biscotte	Brownie
Valeur énergétique - kcal	510,76	475,00
Crusacés totales - g	15,73	29,00
Acides gras saturés - g	4,72	12,50
Acides gras mono-insaturés - g	4,46	
Acides gras polyinsaturés - g	2,2	
Cholestérol - mg	70,28	
Glucides totaux - g	55,54	28,00
Sucres - g	24,1	38,00
Amidon - g	11,23	
Fibres - g	3,94	1,70
Protéines - g	9,14	4,89
Sel - mg	431,0	300,00

INGRÉDIENTS	Quantité	Prix au kg*	Coût pour 10 portions (€)
Haricots rouges	180 g	2,2	0,40
Œufs	80 g	8,25	0,66
Chocolat noir	50 g	11,69	0,58
Miel	40 g	5,33	0,21
Sucre roux	40 g	3,10	0,12
Farine T55	40 g	1,55	0,06
Huile combinée	30 g	2,14	0,06
Cerneaux de noix	20 g	13,00	0,26
Raisins secs	20 g	5,99	0,12
Lait en poudre bio	30 g	9,71	0,29

Comparaison des coûts			
Portion Brownie aux haricots rouges	50 g	5,24	0,26
Portion Brownie traditionnel	50 g	9,44	0,47
Portion Madeleine CNO	50 g	17,46	0,88

* Prix au kg estimés à date

MISE EN OEUVRE

Préparation

1. Mixer finement le chocolat.
2. Mixer finement les haricots rouges cuits.
3. Ajouter les œufs, le miel et le sucre, puis mixer.
4. Ajouter l'huile et mixer.
5. Ajouter la farine et le lait en poudre bio, puis mixer.

Cuisson

1. Préparer un moule (beurré/fariné, beurré/sucré ou avec papier sulfurisé).
2. Disposer les noix et les raisins secs au fond du moule.
3. Verser l'appareil par-dessus.
4. Cuire 30 minutes à 160°C (ajuster selon le four et le moule).

Note : Les raisins et les noix peuvent être remplacés par d'autres fruits secs.

Figure 13 Extrait du guide de RESTAU CO - Plus de bio dans l'assiette de nos aînés – recette de brownie aux haricots rouges

MADELEINES ENRICHIES

RECETTE POUR 10 / PORTION DE 40 g



Valeurs nutritionnelles Pour 100 g

	Madeleine	Biscuit CNO
Valeur énergétique - kcal	465,95	476,00
Grasses totales - g	20,23	20,80
Acides gras saturés - g	5,00	10,20
Acides gras mono-insaturés - g	7,53	
Acides gras polyinsaturés - g	7,97	
Cholestérol - mg	201,60	
Glucides totaux - g	50,47	53,70
Sucres - g	29,87	23,10
Amidon - g	18,55	
Fibres - g	3,10	1,80
Protéines - g	20,05	17,00
Sel - g	1,31	0,57

INGRÉDIENTS	Quantité	Prix au kg*	Coût pour 10 portions (€)
Farine de blé	50 g	0,85	0,04
Farine de lentilles	50 g	4,5	0,23
Œufs	150 g	8,25	1,24
Sucre blanc	30 g	1,35	0,04
Huile combinée	40 g	2,14	0,09
Miel	30 g	5,33	0,16
Zeste de citron	5 g	4,00	0,02
Lait en poudre bio	60 g	9,71	0,58
Graines de pavot	10 g	7,00	0,07
Levure chimique	3 g	3,00	0,01
Comparaison des coûts			
Portion Madeleine	40 g	5,78	0,23
Portion CNO biscuit	40 g	7,14	0,76

* Prix au kg estimés à date

MISE EN OEUVRE

Préparation

1. Blanchir les œufs avec le sucre et le miel.
2. Ajouter les farines (blé et lentilles), la levure et le lait en poudre bio.
3. Incorporer le zeste de citron et les graines de pavot.
4. Ajouter l'huile et bien mélanger.
5. Laisser reposer la pâte au minimum 3 heures.

Cuisson

1. Verser la pâte dans des moules à madeleine graissés.
2. Enfourner à 170°C pendant 8 à 15 minutes.

Figure 14 Extrait du guide de RESTAU CO - Plus de bio dans l'assiette de nos aînés – recette de madeleines enrichies

Annexe 9 : Exemples d'ingrédients pouvant être mobilisés dans le cadre de stratégie d'enrichissement – extrait du guide RESTAU'CO « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés »

Ingrédients	Quantité	Equivalent poids	Energie, N _D facteur de Jones avec fibres	Protéines brutes (g)	Glucides (g)	Lipides (g)	Sucres (g)	AG saturés (g)	Fibres (g)
Mayonnaise	1 c à s	30 g	207,82	0,41	0,79	22,56	0,31	2,18	0,096
Huile d'olive	1 c à s	14 g	126	0	0	13,98	0	2,13	0
Miel	1 c à s bombée	40 g	121,6	0,22	32,7	0	31,9	0	0
Noix	1 petite poignée	20 g	116	3,14	1,37	13,46	0,6	1,29	1,34
Poudre d'amandes	1 c à s	15 g	90	3,39	1,42	7,69	0,63	0,61	1,88
Pois chiches	30 à 40 pois chiches cuits	50 g	73,5	4,15	8,85	1,5	0,15	0,23	3,28
Graines de chia	1 c à s	15 g	72,9	2,92	1,16	4,6		0,49	5,16
Jaune d'oeuf cuit	1 jaune	18 g	61,2	2,88	0,24	5,42	0,1	1,53	0
Jaune d'oeuf cru	1 jaune	18 g	55,26	2,79	0,2	4,81	0,1	1,52	0
Crème de marron	1 c à s	20 g	46,4	0,19	11,96	0,14	8,6	0	0,64
Gruyère râpé	1 c à s	10 g	42,6	2,84	traces	3,46	0	1,98	0
Crème fraîche 30% MG fluide UHT	1 c à s	14 g	41,58	0,3	0,44	4,49	0,4	2,86	-
Confiture	1 c à s	15 g	37,35	0,04	9	0,05	8,85	-	0,17
Emmental râpé	1 c à s	10 g	37	2,81	Traces	2,86	Traces	1,81	0
Son d'avoine	1 c à s	10 g	35,9	1,58	5,1	0,64	0,22	0,11	1,67
Fromage à tartiner	1 c à s	14 g	31,78	1,07	0,19	2,97	0,19	1,59	0
Lentilles	1 c à s cuit	25 g	31,75	2,52	4,05	0,14	0,05	-	1,5
Germe de blé	1 c à s	8 g	29,4	2,33	2,8	0,76	0,8	0,14	0,09
Parmesan	1 c à s	5 g	21,6	1,73	Traces	1,64	Traces	1	0
Lait en poudre	1 c à s	4 g	20,04	1,1	1,5	1,07	1,5	0,69	0
Jambon cuit de Paris DD	1 c à s	10 g	11,5	2	0,11	0,34	0,082	0,124	0,032
Spiruline	1 c à c	3 g	8,7	1,72	0,6	0,23	0,09	0,08	0,11

Figure 15 Exemples d'ingrédients pouvant être mobilisés dans le cadre de stratégie d'enrichissement – extrait du guide RESTAU'CO « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés »

