



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**CONSEIL NATIONAL DE LA RESTAURATION COLLECTIVE**

# GUIDE PRATIQUE

pour une restauration collective durable dans le secteur sanitaire

**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 mandat<sup>1</sup>.

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

Force est de constater la grande motivation de ses membres : le comité de pilotage du GT tient à remercier les représentants du secteur, mobilisés 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 entière<sup>2</sup>.

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, 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 envers les 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 auditionnées<sup>3</sup>** et celles ayant communiqué des fiches de contribution<sup>4</sup> ayant permis au groupe de mieux appréhender l'ensemble des freins et leviers mobilisables.

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 1

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 3

<sup>4</sup> Cf. Annexe 4

## Introduction

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

Le secteur de la santé pèse à lui seul environ **8% de l’empreinte carbone nationale**<sup>5</sup>. Les données du *Shift Project*<sup>5</sup> indiquent que le poste alimentation représente 11% des émissions du secteur de la santé.

Ainsi, 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 des secteurs susmentionnés sont visés par les orientations 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 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.

Une alimentation saine, sûre, durable et de qualité est une attente forte et légitime de la part des patients et des producteurs eux-mêmes. Elle constitue une réponse à

---

<sup>5</sup> [https://theshiftproject.org/app/uploads/2025/01/180423-TSP-PTEF-Synthese-Sante\\_v2.pdf](https://theshiftproject.org/app/uploads/2025/01/180423-TSP-PTEF-Synthese-Sante_v2.pdf)

**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 confondus<sup>6</sup>. **D'après le Collectif de Lutte contre la Dénutrition, s'agissant des repas servis, il convient de distinguer** les repas servis pour les malades, représentant environ 70% des repas préparés, de ceux servis pour les professionnels et les crèches, représentant environ 30% des repas. 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 **santé** (hôpitaux, cliniques) se démarque par une part importante d'établissements en **gestion concédée**<sup>7</sup>.

- La part des prestations en volume des sociétés de restauration collective dans le total de la restauration collective du segment santé s'élève à **36%**<sup>8</sup> ;
- 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%**<sup>9</sup> ;
- 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%**<sup>9</sup>.

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 pour concourir à la transition climatique et environnementale, 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 doivent prioritairement assurer une alimentation permettant de répondre aux besoins nutritionnels des patients et à leur bien-être, éléments essentiels qui contribuent à la guérison. Ils doivent prendre en compte le risque de dénutrition qui peut concerner les enfants comme les adultes hospitalisés ; **le séjour à l'hôpital pouvant être un facteur favorisant le développement d'une dénutrition** (Cf. encadré *infra* – « Les enjeux de la dénutrition »). Les repères

---

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

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> GIRA Foodservice Circana – France 2024

<sup>9</sup> GIRA Foodservice Circana – France 2024

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 choix, améliorer l'appétit et assurer une stabilité pondérale.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux, confrontés à un cadre budgétaire contraint, doivent déployer des changements profonds **en termes d'organisation pour mettre en œuvre les dispositions réglementaires 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 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** d'actions stratégiques, destinées au personnel de direction des établissements sanitaires, et opérationnelles, non exhaustives, que les établissements sanitaires pourront sélectionner et adapter selon leur contexte.

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'ait pas un effet délétère** sur la prise alimentaire.

**Le sujet de l'offre alimentaire destinée au personnel n'est pas traité dans le cadre de ce livrable car il ne fait pas l'objet de spécificités inhérentes au secteur sanitaire. 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 du Programme National Nutrition Santé (PNNS)

**L'offre** alimentaire dans les établissements de santé doit être adaptée à chaque population conformément aux recommandations nutritionnelles du PNNS et à la situation clinique du patient.

**L'alimentation à l'hôpital représente un enjeu majeur dans la prise en charge** des patients. Elle contribue au bien-être du patient et à répondre à ses besoins nutritionnels, éléments essentiels dans le processus de guérison.

La prévention et la prise en charge de la dénutrition qui peut concerner tous les patients hospitalisés, adultes et enfants, est essentielle (Cf. Encadré sur la dénutrition).

Santé publique France a publié les nouvelles recommandations alimentaires du PNNS disponibles sur le site [mangerbouger.fr](http://mangerbouger.fr) et qui s'appliquent aux différentes populations ci-dessous, sans pathologie particulière nécessitant une prise en charge nutritionnelle adaptée :

- pour la population générale adulte<sup>10</sup>,
- pour les enfants <sup>11</sup>,
- pour les femmes enceintes et allaitantes<sup>12</sup>.

Pour les personnes âgées de moins de 75 ans sans fragilité particulière, les enjeux nutritionnels sont similaires à ceux de la population générale adulte<sup>1</sup>. 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.

Pour les personnes de plus de 75 ans, le HCSP a publié des nouveaux repères alimentaires par groupe d'aliments.<sup>13</sup> 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 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.

---

<sup>10</sup><https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-alimentaires-pour-les-adultes>

<sup>11</sup><https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/enfants-et-adolescents-de-4-a-17-ans/les-recommandations-alimentaires-pour-les-4-17-ans>

<sup>12</sup> <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-et-conseils-avant-pendant-et-apres-la-grossesse>

<sup>13</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1087>

## Les enjeux de la dénutrition

La dénutrition peut concerner tous les patients hospitalisés, les adultes comme les **enfants. C'est un facteur** pronostique péjoratif sur **l'évolution de la pathologie. Les patients peuvent arriver déjà dénutris, mais le séjour à l'hôpital** lui-même peut **favoriser le développement d'une dénutrition, pour diverses raisons : perte d'appétit, consommation insuffisante, présentation et qualités gustatives des repas, manque de temps (interruption par un soin par exemple), horaires de service rigides non calés sur les soins et examens médicaux, aide insuffisante à la prise des repas, etc.** La durée de **l'hospitalisation apparaît comme un facteur de risque indépendant de dénutrition** (avis n° 78 du CNA, Alimentation en milieu hospitalier).

En France, 2 millions de personnes (HAS) souffrent de dénutrition. En particulier, entre 20 à 40% des personnes hospitalisées, et 1 enfant hospitalisé sur 10 (Collectif de lutte contre la dénutrition) sont dénutris.

La dénutrition atteint 30 à 60 % des personnes âgées hospitalisées : la plupart arrivent à l'hôpital avec un statut nutritionnel altéré en lien avec les pathologies chroniques et aiguës qui motivent l'hospitalisation) et pendant l'hospitalisation, en moyenne, le statut nutritionnel se dégrade encore. La perte d'appétit, des besoins nutritionnels majorés par l'inflammation et les effets de l'alitement sont les principaux facteurs qui conduisent à la fonte musculaire qui caractérise la dénutrition. Les facteurs liés à l'environnement hospitalier concernent la qualité de l'offre alimentaire et la disponibilité/coordination des professionnels pour soutenir l'alimentation et la mobilisation des patients.

Les patients dénutris présentent un risque majoré de complications pendant l'hospitalisation (infections, escarres, etc.). La dénutrition accroît la durée de séjour, le risque de réadmission précoce à l'hôpital, la morbidité et la mortalité.

**La prévention de la dénutrition est donc essentielle à l'hôpital**, chez tous les patients.

Il est possible d'améliorer les apports alimentaires des patients hospitalisés et de limiter les conséquences délétères de la dénutrition. Ainsi, la prise en charge nutritionnelle de patients adultes et âgés, à risque de dénutrition, a permis **d'augmenter significativement les apports protéino-énergétiques et de réduire significativement, à 1 mois, les complications, la perte d'autonomie et la mortalité**<sup>14</sup>.

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

---

<sup>14</sup> Schuetz P et al, Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial, Lancet 2019;393(10188):2312-2321, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4

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, une attention particulière doit être **portée sur ce point afin d'éviter qu'une consommation trop élevée de produits riches en protéines végétales, et trop faible en produits riches en protéines animales, n'aggrave potentiellement des risques de dénutrition chez les personnes âgées.**

**La transition durable de l'offre alimentaire des établissements 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 peu favorable.

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 sur le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition (références)

-HAS : [Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte et la personne de plus de 70 ans \(HAS, 2021\) 68\\_fiche\\_outil\\_denutrition\\_pa\\_cd\\_20211110\\_v1.pdf](#)

-HAS : Diagnostic de la dénutrition chez les personnes de 70 ans et plus (2021) : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368\\_recommandations\\_denutrition\\_pa\\_cd\\_20211110\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

-HAS : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (2007) : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_denutrition\\_personnes\\_agees.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf)

-[European Society for enteral and parenteral nutrition \(ESPEN, 2019\)](#)

## Table des matières

Remerciements .....	3
Introduction .....	4
Table des matières .....	10
I – Les enjeux à appréhender conjointement pour assurer une offre alimentaire durable .....	12
I.A/ Les approvisionnements en produits durables et de qualité .....	12
I.B/ La lutte contre le gaspillage alimentaire .....	14
I.C/ La prévention et la lutte contre la dénutrition.....	16
I.D/ La diversification des sources de protéines.....	18
II- <b>L’adoption d’une stratégie alimentaire globale</b> : actions stratégiques identifiées pour assurer une offre alimentaire durable.....	20
II.A/ <b>Les intérêts de l’adoption d’une stratégie alimentaire globale</b> .....	20
II.B/ <b>Réorganiser le budget alloué à l’alimentation</b> .....	23
II.C/ Favoriser la transversalité des équipes et mettre en place des formations spécialisées.....	25
II.D/ Identifier des pratiques à modifier et mettre en place une communication pour les faire évoluer .....	28
II.F/ Expérimenter les innovations visant à réduire le gaspillage alimentaire et à optimiser la prise alimentaire.....	31
III – <b>Mise en œuvre d’un projet et d’un plan d’action en établissement</b> .....	32
III.A/ <b>Méthode d’élaboration du projet et du plan d’action en établissement</b> .....	32
III.B/ <b>Réalisation d’un diagnostic initial et définition d’indicateurs</b> .....	34
III.C/ <b>Les 3 axes stratégiques mobilisables dans le plan d’action</b> .....	38
IV/ <b>Axe 1 : Optimisation de la gestion des stocks, ajustement et simplification de la production/des commandes</b> .....	39
IV.A/ <b>Optimisation de la gestion des stocks</b> .....	39
IV.B/ <b>Ajustement du nombre de commandes et de la production</b> .....	40
IV.C/ <b>Faire évoluer la structuration de l’offre alimentaire</b> : vers une simplification du nombre de régimes et de déclinaisons .....	42
V/ <b>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 via la réalisation de recettes adaptées aux convives</b> .....	47
V.A/ <b>Un approvisionnement en produits durables et de qualité</b> .....	48

V.B/ Un approvisionnement en denrées adaptées aux goûts des convives .....	49
V.C/ Sélectionner des denrées durables et de qualité en adoptant une méthode de production économiquement avantageuse .....	50
V.D/ La diversification des sources de protéines .....	52
V.E/ Travailler les méthodes de cuisson.....	55
V.F/ Favoriser la prise alimentaire par la conception et la préparation de recettes adaptées aux besoins des convives, avec des propriétés organoleptiques de qualité .....	56
VI/ Axe 3 : Favoriser la prise alimentaire par un service adéquat.....	64
VI.A/ Information aux convives.....	64
VI.B/ Aide à la prise du repas.....	64
VI.C/ Favoriser la prise alimentaire par un environnement de prise de repas matériel et immatériel optimal.....	65
VII - Outils nécessaires à la mise en œuvre du plan d'actions .....	68
VII.A/ Stratégies de politiques publiques .....	68
<b>VI.B/ Une systématisation de l'utilisation de la plateforme gouvernementale « ma cantine »</b> .....	69
VII.C/ Le label national anti-gaspillage alimentaire.....	70
VII.D/ Ressources mobilisables pour lutter contre la dénutrition .....	71
Conclusion.....	72
<b>Synthèse des actions stratégiques à mettre en œuvre dans les établissements sanitaires</b> .....	74
Annexes.....	78
Annexe 1 : Méthode de travail et mandat du groupe de travail « santé et médico-social » .....	78
Annexe 2 : Liste des contributeurs au livrable – membres du groupe de travail « santé et médico-social » .....	84
Annexe 3 : Liste des auditions du Groupe de Travail .....	88
Annexe 4 : Liste des contributions du Groupe de Travail.....	90
Annexe 5 - Espace de saisie de données de déchets alimentaires » disponible sur la plateforme numérique « ma cantine » .....	92
Annexe 6 – Fiche pratique pour peser les déchets alimentaires .....	95
Annexe 7 – <b>Exemples d'affiches disponibles sur « ma cantine »</b> mobilisables pour la campagne de pesées .....	100

## 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 sanitaires :

- 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 ;
- La diversification des sources de protéines.

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<sup>er</sup> 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 public<sup>15</sup>.

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 »<sup>16</sup> (taux porté à 100% pour la restauration collective de l'Etat, ses établissements publics et les entreprises publiques nationales, incluant notamment les hôpitaux publics), et en étendant ces obligations à tous les restaurants collectifs dont les personnes morales de droit privé ont la charge à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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'achat alimentaire** (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

---

<sup>15</sup> Etablissements mentionnés à l'article L 230-5 du Code Rural et de la Pêche Maritime

<sup>16</sup> 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.

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)<sup>17</sup> que 40 % des hôpitaux et des cliniques du segment « Santé » ont participé à la télédéclaration. Pour la campagne 2025, seul le secteur « Cliniques » a augmenté son taux de participation entre 2024 et 2025 (de 29 % à 40 %), le secteur « Hôpitaux » stagne.

Le segment « Santé » (hôpitaux et cliniques) est un des segments pour lequel la marge de progression est la plus importante. Ainsi, les taux « Bio » et « EGalim (dont Bio) » sont parmi les plus faibles, par rapport aux autres secteurs dont les crèches, écoles, collèges ..., et relativement semblables pour les deux secteurs de la Santé (hôpitaux et cliniques). Pour les « Hôpitaux », les taux sont de 4.1% pour le « Bio » et 16.8% « EGalim » ; pour les « Cliniques », ils sont respectivement de 2.8% et 17%.

Remarque : les établissements de santé ont été impactés par un niveau record **d'inflation depuis 2021**. A titre d'exemple, les données issues de l'étude Roland Berger sur l'hôpital privé de mars 2025 indique qu'«entre 2021 et 2024, l'inflation brute des coûts hors personnel du secteur hospitalier privé a atteint +22,3% sur la restauration. L'inflation moyenne des coûts de restauration du secteur hospitalier privé est prévue à +3,0% en 2025, tirée principalement par la hausse du coût du travail dans la restauration, après l'avoir été par le prix des produits alimentaires. Elle était de +7,2% en 2022, +9,7% en 2023, +4,2% en 2024 ».

A noter que pour le segment « Santé », peu de télédéclarants atteignent les seuils en **produits issus de l'agriculture biologique** (2%) et EGalim (4%) alors que les enjeux du développement de la filière « agriculture biologique » sont essentiels<sup>18</sup>.

Pourtant, selon le baromètre consommateur AGENCE Bio OBSOCO 2025, 72% des consommateurs souhaiteraient que des produits biologiques leurs soient servis dans les hôpitaux. La principale motivation invoquée pour commencer (30%) et poursuivre (53%) la consommation de produits biologiques reste la santé (Baromètre des produits biologiques en France – 2025 , diapo 78, 79 et 123).

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

---

<sup>17</sup> Rapport du gouvernement au Parlement établi conformément à l'article L. 230-5-1 du Code Rural et de la Pêche Maritime, N°29

<sup>18</sup> La santé - Quantification des externalités de l'agriculture biologique | ITAB

## I.B/ La lutte contre le gaspillage alimentaire

Le gaspillage alimentaire dans les établissements sanitaires est important comparativement 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

Or, le gaspillage alimentaire représente un coût - direct et indirect - important, qui a d'ailleurs fait l'objet d'une étude de l'ADEME<sup>19</sup>.

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 distribution<sup>20</sup>, 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 alimentaire<sup>21</sup> 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).

Pour ce faire, l'ADEME a analysé 54 jeux de données issues d'établissements de restauration sanitaire et médico-sociale (26 centres hospitaliers, 24 EHPAD, 2 services de maternité et de psychiatrie). Il s'agit de données récentes, exploitables et comparables.

---

<sup>19</sup>[https://bibliothèque.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-10376-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html#/44-type\\_de\\_produit-format\\_electronique](https://bibliothèque.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-10376-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html#/44-type_de_produit-format_electronique)

<sup>20</sup> A 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.

<sup>21</sup> [https://bibliothèque.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-10376-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html#/44-type\\_de\\_produit-format\\_electronique](https://bibliothèque.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-10376-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html#/44-type_de_produit-format_electronique)

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

Secteur	Moyenne de coût direct du GA (€/repas)	Moyenne de coût complet du GA (€/repas)
Restauration sanitaire et médico-sociale	<b>0,49 €</b>	1,01 €
Centre Hospitalier	0,24 €	0,77 €
Psychiatrie	0,29 €	0,82 €

Tableau 1 : Coût moyen par secteur, GA = gaspillage alimentaire

**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 probablement 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 plateaux est lié dans la majorité des cas à une prise alimentaire insuffisante et/ou à des portions inadaptées dégradant en cas de prise alimentaire insuffisante le statut nutritionnel des convives (Cf. paragraphe *infra* « Les coûts indirects de la dénutrition en établissement sanitaire ») ;
- 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°12).

Les données de l'ADEME corroborent avec des données issues du terrain. A titre illustratif, Christophe Mari<sup>22</sup> fait état de diagnostics de gaspillage conduits de fin 2020 à juillet 2022 qui ont donné les éléments suivants s'agissant de la région PACA :

- Environ 15 millions de repas produits ;
- **Grammage moyen d'un repas** : 550 grammes ;
- Grammage moyen jeté par repas : 150 grammes ;
- Estimation de la quantité jetée : 2300 à 2600 tonnes de denrées alimentaires (plateaux débarrassés) ;
- **Équivalent d'une dépense d'un peu plus de 11 millions d'euros jetée ou un peu plus de 4 millions de repas jetés** (sans compter le gaspillage issu de la production des repas en cuisines centrales).

---

<sup>22</sup> Christophe Mari, Le repas est un soin, 2025

Il cite également le cas d'un CH du Nord de la France ayant permis de quantifier ce gaspillage à plus de 20% de la production alimentaire en 2015, soit 55 tonnes de nourriture jetée et près de 310 000 euros d'achats gaspillés.

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

A noter : Il convient néanmoins de nuancer les économies générées car selon l'ADEME<sup>23</sup>, 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 publique<sup>24</sup>, la dénutrition 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.

En France, les études fondées sur les nouveaux critères de la HAS mettent en évidence une prévalence de la dénutrition entre 20,7% et 77,8% selon les études<sup>25</sup> en milieu hospitalier. L'enquête EPIDENUT<sup>26</sup>, dont les résultats ont été publiés en 2025, avait pour objectif d'évaluer la prévalence de la dénutrition selon les critères HAS 2019/2021 à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Elle a permis d'évaluer la prévalence de la dénutrition (considérée comme modérée à sévère) à 63%.

La dénutrition est un problème documenté en ce qui concerne les hôpitaux, notamment sur ses impacts pour les patients et le système de soins tels que l'augmentation de la mortalité et de la morbidité, de l'accroissement de la durée de séjour, du nombre de réadmissions et de l'accroissement des coûts<sup>27,28,29,30</sup>.

**Il est important de lutter contre la dénutrition dès sa survenue au risque d'entrer dans la « spirale de la dénutrition »** décrite par Dr Monique Ferry et reprise par le recueil

<sup>23</sup><https://librairie.ademe.fr/economie-circulaire-et-dechets/8596-analyse-des-couts-du-gaspillage-en-restauration-collective.html>

<sup>24</sup> Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, 18 mai 2021

<sup>25</sup> Retbi et al., 2025. Prévalence de la dénutrition et adéquation du codage PMSI à partir de l'enquête EPIDENUT, Journal of Epidemiology and Population Health, vol. 73, supplement 1, .

<sup>26</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2950433325001107>

<sup>27</sup> Lim SL et al., 2012. Malnutrition and its impacts on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clin Nutr, 2012 :31(3): 345-350.

<sup>28</sup> Correia MI et al., 2003. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr. 2003;22(5): 235-239.

<sup>29</sup> Norman K. et al., 2008. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr. 2008 :27 (1) : 5-15.

<sup>30</sup> Agarwall E. et al., 2010. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey. Clin Nutr ; 32 (5) : 737-745.

d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées<sup>31</sup>.

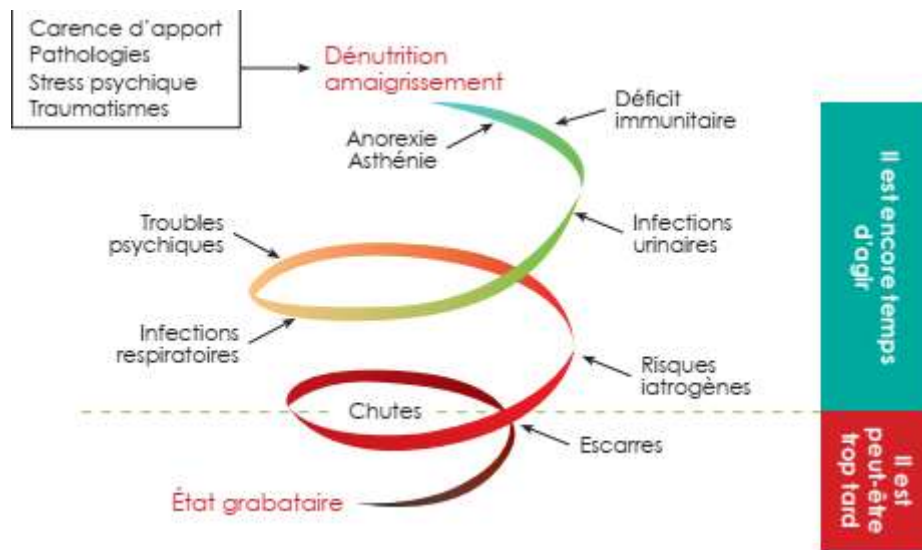


Figure 2 Extrait du recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées

Les données chiffrées objectivent l'ampleur du problème sur les plans sanitaires et économiques.

Ce même recueil fait état des effets de la dénutrition associée aux maladies :

- Aggravation du pronostic, augmentation de la mortalité et de la morbidité :
  - Augmentation de l'incidence des complications : de +60 % à + 200 %.
  - Augmentation du risque de ré hospitalisation à 15 jours : quasiment x 2.
  - Augmentation de 65 % du nombre d'épisodes infectieux.
  - Augmentation du risque d'infections du site opératoire.
  - Augmentation de la mortalité : x 3 à x 4.
- **Allongement de la durée moyenne d'hospitalisation (DMS) : de 40 à 60 %.**
- Augmentation de la prévalence des infections nosocomiales et des prescriptions d'antibiotiques.
- Augmentation des coûts de prise en charge hospitalière :
  - Presque 20 % d'augmentation des nouvelles prescriptions ;
  - + 30 % de coûts d'hospitalisation.
- Augmentation de la dépendance et de la charge des soins (charge de travail du personnel et coûts associés) :
  - Surveillance alimentaire et suivi des ingestas ;
  - Aide à l'alimentation ;
  - Prise en charge des plaies et escarres ;

<sup>31</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil\\_EHPAD-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf)

- Prise en charge de la nutrition artificielle.

**Il est nécessaire d'adapter l'offre alimentaire afin de lutter conjointement contre la dénutrition et le gaspillage alimentaire.**

#### I.D/ La diversification des sources de protéines

S'agissant de la diversification de sources de protéines, la loi rend obligatoire la mise en place d'un plan pluriannuel de diversification, pour les restaurants servant plus de 200 repas par jour et une option végétarienne quotidienne dans les restaurants présentant un choix multiple de menus, pour la restauration collective de l'Etat, ses établissements publics et les entreprises publiques nationales.

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.

Cette obligation est respectée par 30% des établissements sanitaires ayant télédéclaré en 2024. *Ces résultats sont à prendre avec précaution car peu d'établissements de santé ont télédéclaré des données sur cet item en 2024.*

Point de vigilance : **S'agissant des personnes âgées**, la diversification des sources de protéines doit être appréhendée avec précaution 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 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.

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

#### Expérimentation - « Lundis verts - Une journée végétarienne » - octobre/mars 2025

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.

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

Le CHU de Nice : jeudi Vert au CHU de Nice. Une démarche développement durable qui a précédé la loi Egalim.

*« Je suis médecin infectiologue », explique le Dr Véronique Mondain [...] « L'idée d'un projet très simple a alors émergé : qu'un jour par semaine, les collectivités, les restaurateurs, toutes les personnes qui sont amenées à produire des repas en grand nombre, puissent proposer une alimentation [...] composée de végétaux bio et locaux. Nous avons appelé ce projet Jeudi Vert, avec un triple objectif, santé, environnement et éthique. » À l'échelle du CHU l'équipe de restauration, la direction, les diététiciens ont été sollicités pour travailler ensemble à réaliser ce projet. « C'était très complexe, parce que pour le moment, au CHU, il y a 0 % de bio. Les normes et les contraintes budgétaires sont très importantes. Il n'y a pas beaucoup de variétés de fruits et légumes, il n'y a pas beaucoup de nouvelles recettes, pas beaucoup de produits frais... » L'équipe a dû parfois revoir ses exigences à la baisse, mais depuis le 22 mars 2018, les jeudis verts sont une réalité, « dans une forme qui n'est pas puriste, mais qui va progresser au fur et à mesure du temps ! ». Un autre moteur du projet a été l'apport de Marie Lasbats, étudiante stagiaire du chef de projet en alimentation durable, créé en partenariat entre l'Université Côte d'Azur et la ville de Mouans-Sartoux. Le CHU a édité une charte Jeudi Vert qui replace ses recommandations dans le cadre de la loi Egalim. « Les Jeudis Verts sont en train d'être exportés dans d'autres CHU et cliniques. Plusieurs restaurateurs des environs les mettent également en place, ainsi que plusieurs crèches et écoles de la ville. » Pour le Dr Mondain, l'étape prioritaire est de travailler sur le gaspillage. « C'est en ayant une discussion préalable sur les moyens d'économiser de l'argent que l'on pourra avoir un levier pour financer le bio ».*

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.

Ce sujet sera approfondi ultérieurement dans le cadre des travaux du groupe de travail, en articulation avec 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 sanitaire est un facteur** incontournable concourant à la qualité de prise en charge des patients et est un outil de soin et de bienveillance. Une bonne prise alimentaire participe au rétablissement des patients et peut à ce titre faire partie inhérente de leur parcours de soin.

Ainsi, les aspects de lutte contre le gaspillage alimentaire, de prévention et 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 patients 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 sanitaires.

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

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 patients ;

- ✓ Permettre d'utiliser les économies potentiellement générées grâce à la lutte contre le gaspillage alimentaire, à la réduction de la dénutrition et à la diversification des sources de protéines pour poursuivre les efforts d'évolutions 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.

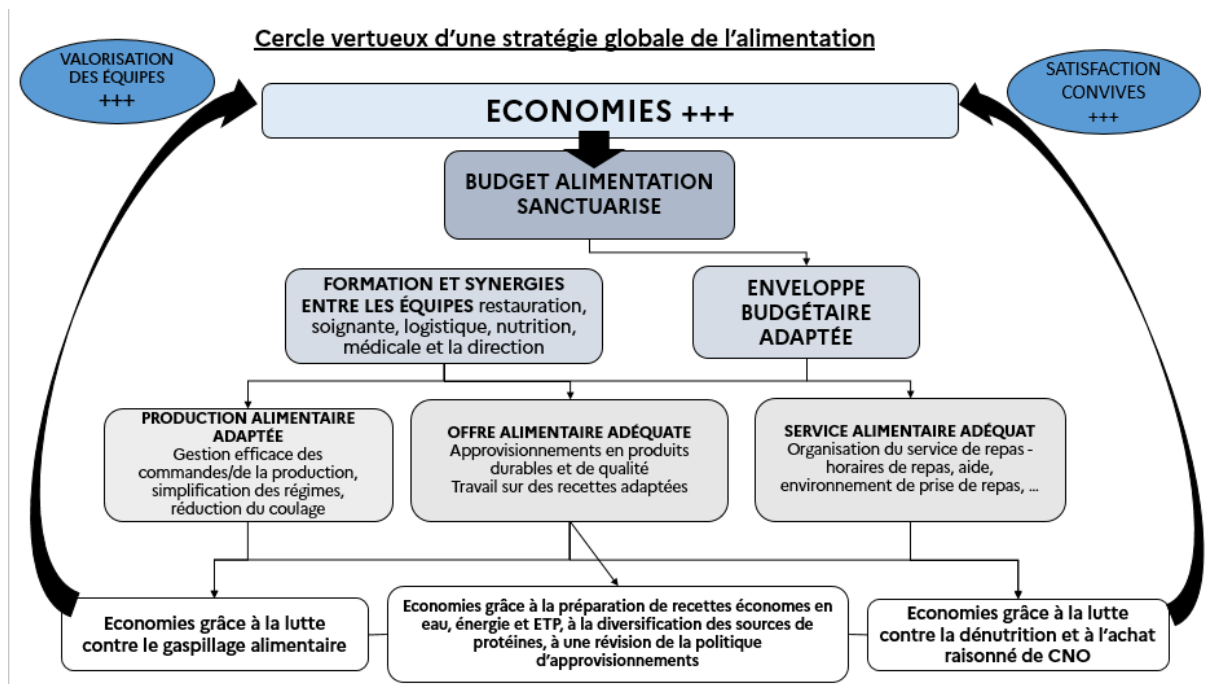


Figure 3 Cercle vertueux permis par la mise en place d'une stratégie d'alimentation

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 permise par le dialogue entre l'équipe de la restauration et celle en charge de la nutrition) ;
- 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 nutrition, de la logistique et des soins) ;
- Offrir aux convives un service adapté (organisation du service de repas réfléchi pour favoriser la prise alimentaire permise grâce au dialogue entre les

équipes, dialogue concourant notamment au respect des choix des plats par les patients ...).

**Une production alimentaire dimensionnée aux besoins assortie d'une offre et d'un service alimentaires adaptés garantissent des bénéfices pour les établissements grâce à une réduction du gaspillage alimentaire, une réduction de la prévalence de dénutrition chez les convives, une diminution des achats en CNO<sup>32</sup> sans compter les économies supplémentaires mobilisables grâce à la préparation de recettes économes en eau, énergie, ETP, à la diversification des sources de protéines<sup>33</sup> ou encore à une réévaluation de la stratégie d'approvisionnements<sup>34</sup>.**

Ces économies peuvent par la suite être utilisées **pour améliorer l'offre et le service alimentaire (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 patients, une valorisation du personnel et une amélioration de leurs conditions de travail, en contribuant ainsi à **améliorer l'image du secteur.**

La stratégie alimentaire **n'est pas seulement à l'échelle de l'établissement. Elle peut aussi s'inscrire dans un cadre plus large** de structuration des filières au niveau du territoire (nature et qualité des approvisionnements), **notamment en s'inscrivant dans les projets alimentaires territoriaux. Ainsi, certains établissements, à l'instar du CH Lozère, de Coutances ou encore de Saint-Lô, ont travaillé sur des formes d'hybridation** avec des repas préparés et servis aux enfants des écoles comme aux patients de l'hôpital.



La direction du CHU de Brest a donné une impulsion pour la révision de son offre alimentaire Patients sur ses sites brestois (6 700 repas/jour). L'impulsion a constitué un facteur de réussite clé pour le projet. C'est également le cas de la direction de l'hôpital Lozère et de Dax.

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

---

<sup>32</sup> 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

<sup>33</sup> A noter : pour les patients dénutris ou à risque de dénutrition, la diversification des sources de protéines doit être réfléchi et discutée 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 patientèle)

<sup>34</sup> La préparation des repas sur place peut augmenter les 3 postes cités. Un autre levier peut consister à changer les équipements pour permettre des gains en eau et énergie



## ACTION STRATEGIQUE N°1 :

Adopter une stratégie globale de l'alimentation dans les établissements sanitaires

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

#### II.B.1/ Sanctuarisation du budget alimentaire

Il est ressorti des travaux la nécessité du décloisonnement du poste restauration et **des autres postes liés à l'alimentation**. En effet, les économies mobilisées grâce aux 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 après examen du personnel médical, 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. Pour rappel, ce principe a été affirmé dans la circulaire n°6433/SG du 21 décembre 2023.

Le GIP RCCM<sup>35</sup> met en avant les structures du type GIP dans la mesure où ce type de structure facilite la mise en œuvre d'une politique d'approvisionnement en produits durables et de qualité dans la mesure où elle permet de flécher des économies facilement d'un poste à l'autre. De fait, le GIP a pu réinvestir l'argent gagné par la lutte contre le gaspillage alimentaire dans les approvisionnements en produits durables et de qualité et dans le recrutement d'un personnel supplémentaire.

Le projet Repas à l'hôpital<sup>36</sup> fait ressortir cette préconisation.



## ACTION STRATEGIQUE N°2 :

Sanctuariser le budget alimentaire des établissements sanitaires

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

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.

<sup>35</sup> Groupement d'Intérêt public « Restauration collective du Centre Manche »

<sup>36</sup><https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

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 de l'alimentation (cf. III.A). Il conviendrait en effet d'assortir au budget voué aux approvisionnements un budget dédié au service, souvent négligé en établissement mais essentiel, afin de pouvoir entrer dans ce cercle vertueux.

« Une alimentation de qualité, mieux adaptée et mieux acceptée, génère des économies indirectes significatives. Elle réduit les déchets, valorise les personnels, et améliore l'expérience patient. C'est pourquoi il est urgent de raisonner en valeur créée, et non en euros économisés à court terme »<sup>37</sup>.

« Trop souvent, l'analyse budgétaire se limite au coût unitaire par plateau, ignorant le coût global de la non-qualité : dénutrition, gaspillage, insatisfaction, effets délétères sur la durée de séjour et de récupération »<sup>38</sup>.



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

### II.B.3/ Clarification des composantes du budget alimentaire

Le budget lié 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.

Souvent, les coûts de service et d'achat de CNO ne sont pas rattachés au poste restauration.

Dans la mesure où les conditions le permettent, il est préconisé de prévoir un budget fléché pour le service de repas, afin que le personnel soignant puisse assurer un service de qualité. Par ailleurs, l'achat en CNO se réfléchit sans prendre en compte l'offre alimentaire disponible. De fait, des synergies devraient être faites 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.

---

<sup>37</sup> Christophe MARI, « Le repas est un soin »

<sup>38</sup> Christophe MARI, « Le repas est un soin »



## ACTION STRATEGIQUE N°4 :

Clarifier les composantes du budget alimentation dans les établissements sanitaires

### II.C/ Favoriser la transversalité des équipes et mettre en place des 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 interconnexions à développer

Les travaux du groupe de travail ont permis de mettre en évidence des efforts à poursuivre pour former de manière spécialisée le personnel aux enjeux liés à **l'alimentation**, que ce soit au niveau du personnel soignant, de restauration, médical ou du corps des diététiciens (par exemple, les professionnels de santé et le personnel de restauration travaillant auprès de publics nécessitant des textures modifiées pourraient se spécialiser en IDDSI). Les travaux sont cohérents avec la recommandation en la matière transcrite dans l'avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation (2017) : « *Il faut considérablement renforcer les formations relatives à l'alimentation afin de sensibiliser l'ensemble des personnels à l'importance du repas. Les formations doivent intégrer les aspects sociaux, symboliques et hôteliers de l'alimentation (service, savoir-être, etc.) ainsi que l'importance de l'état nutritionnel dans le pronostic des maladies* ».

A titre illustratif, il se dégage la nécessité de :

- Former de manière spécifique le personnel de direction au rôle de **l'alimentation en établissement sanitaire 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 à la problématique de parcellisation des tâches et du cloisonnement inter services générant du gaspillage et aggravant la dénutrition. Christophe Mari, président de RESTAU'CO, indique que « *la formation des encadrants hospitaliers reste souvent centrée sur la gestion de projet, la planification ou l'évaluation, laissant peu de place aux dimensions sensibles de la relation, de l'accueil et de la qualité perçue* », montrant les perspectives s'agissant du contenu spécifique à apporter aux formations ;
- Former le personnel des unités de soin à l'**importance du service accordé aux convives**, d'une présentation détaillée des denrées, aux alimentations thérapeutiques et aux enjeux de lutte contre le gaspillage alimentaire et la dénutrition respectivement ;
- Former le personnel en charge de **l'alimentation/nutrition des patients** sur l'importance de mettre en place une **synergie** avec l'équipe restauration sur la

conception des menus **et l'adaptation de l'offre alimentaire**, sans compter le travail collectif à aborder sur une densification, un enrichissement et un **fractionnement de l'alimentation**. La **collaboration avec l'équipe de soin** pour assurer le suivi nutritionnel des patients est également préconisée ;

- Accompagner le personnel de restauration **pour qu'il puisse adapter son offre alimentaire** (travail sur les approvisionnements, les recettes, méthodes de cuisson – notamment les cuissons basse température, tests en situation réelle, collations et petits déjeuner et sur les alimentations thérapeutiques) en lien **avec l'équipe en charge de la nutrition, de la logistique et des soins**.

Le GIP Cuisine Centrale Mende (48) **met en exergue l'importance de la formation du personnel** et sur la nécessité de recruter différents profils de formateurs et extérieurs.

Le GIP RCCM met en avant le fait que les formations approfondies des cuisiniers **manquent et la nécessité d'affiner** et de moderniser les formations proposées pour les cuisines hospitalières.

Le groupe Sodexo a développé au sein de son Ecole Lenôtre, une formation de 2 jours visant à promouvoir la végétalisation de nos assiettes auprès de tous ses cuisiniers. Le **projet Repas à l'hôpital**<sup>39</sup> formalise cette recommandation.



#### 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 pluridisciplinaires à l'image des CLAN

La circulaire DHOS du 29 mars 2002<sup>40</sup> **relative à l'alimentation** et à la nutrition dans les établissements de santé recommande la mise en place de CLAN (Comités de Liaison **pour l'Alimentation et la Nutrition**) dans tous les établissements de santé, ou Inter-Clan par la réunion de plusieurs petits établissements. Le CLAN est un comité **constitué d'un groupe de professionnels de santé** qui met en relation les différents professionnels, du cuisinier au soignant, de la diététicienne au médecin et aux services administratifs. Il agit **pour l'alimentation et son organisation et pour la nutrition qui se comprend comme l'alimentation dans l'acceptation thérapeutique ou de prévention**. Le CLAN est une structure consultative participant par des avis ou propositions à une triple mission : **conseil pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnel des**

<sup>39</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>40</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/clan\\_cnanes-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/clan_cnanes-2.pdf)

malades et de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, d'impulsion d'actions et de formation des personnels impliqués.

Le projet Repas à l'Hôpital<sup>41</sup> porté par RESTAU'CO, l'UDIHR, l'ACEHF et l'AFDN met en exergue la nécessité d'un pilotage pluridisciplinaire pour permettre de mobiliser toutes les fonctions pouvant être concernées. Il s'agit du praticien hospitalier, des cadres de santé, des soignants, du directeur de supports logistiques, du responsable restauration, du coordinateur diététique et du service achat.

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.

L'avis n°78 du CNA met en avant les limites des Comités de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN) dont la création avait été encadrée en 2002 par une circulaire<sup>42</sup> qui visent pourtant à favoriser la transversalité entre les équipes. En effet, les effets de la création de ces instances ont été limités et contrastés du fait de l'absence de financement alloué. En outre, à date, les CLAN sont recommandés mais pas obligatoires et leur avis n'est que consultatif. Ils n'ont ainsi aucun pouvoir de décision. A cet égard, le même avis met en avant le fait que les CLAN sont méconnues du personnel : « de nombreux aides-soignants n'en connaissent pas l'existence. Dans une enquête réalisée au premier trimestre 2015 auprès de 93 étudiants en formation dans des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), notamment auprès de futurs aides-soignants, 58 % ne connaissent pas la fonction des CLAN et 42 % ont déclaré ne jamais en avoir entendu parler ».

A noter : **l'implication du personnel est indispensable** au bon fonctionnement de la commission.



#### ACTION STRATEGIQUE N°6 :

Former une équipe projet pluridisciplinaire (du type CLAN) encadrée par la direction

<sup>41</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>42</sup> Circulaire DHOS/E n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Le projet Repas à l'hôpital<sup>43</sup> a mis en avant l'intérêt du « déjeuner qualité ». Ce concept vise à décloisonner les services en créant un moment d'échanges<sup>44</sup> entre les services de restauration, diététique, de soins, et les directions. En pratique, les différents services se rencontrent lors d'un déjeuner et échangent sur les menus proposés aux patients dans le but d'adapter l'offre alimentaire.

Les intérêts de ce type de dispositif sont multiples dans la mesure où il permet : (i) une meilleure présentation et valorisation de l'offre alimentaire par le personnel soignant ; (ii) l'identification de potentiels dysfonctionnements sur l'organisation de l'offre alimentaire (défaut de fiches techniques, appréciation des menus, ...) ; (iii) la mise en place collective d'un nouveau plan d'actions et sa meilleure adhésion.

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

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 ;
- **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)<sup>45</sup>. Ils ne relèvent donc pas de la restauration. Les CNO ne peuvent pas être l'unique rempart à la dénutrition et ne doivent en aucun cas constituer une solution de facilité, en remplacement de l'enrichissement – Cf. encart ci-après.

Encart : les CNO

---

<sup>43</sup><https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>44</sup> C'est aussi ce que font les CLAN

<sup>45</sup> Les DADFMS ont leur propre réglementation : le règlement (UE) n°609/2013 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32013R0609>)

Les CNO sont des Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales (DADFMS)<sup>46</sup>, 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<sup>47</sup>. Le recours aux CNO dépend du statut nutritionnel des patients.

Il est ressorti de certaines auditions du GT certaines limites relatives à la proposition de CNO :

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. Les CNO ne remplacent pas les repas mais viennent les compléter uniquement si nécessaire ; 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 patient a un gros appétit, il est possible éventuellement le lui proposer juste après le repas<sup>48</sup> ;

3/ Au niveau de leur appétence : les CNO sont parfois pas entièrement consommés : la consommation moyenne est de 60 % de ce qui est prescrit<sup>49</sup>. 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 parfois moins bien acceptés par les patients **que l'enrichissement**<sup>50</sup>.

- 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

---

<sup>46</sup> Les DADFMS ont leur propre réglementation : le règlement (UE) n°609/2013 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32013R0609>)

<sup>48</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil\\_EHPAD-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf)

<sup>49</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil\\_EHPAD-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf)

<sup>50</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil\\_EHPAD-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf)

énergétique). Il convient de réévaluer périodiquement le recours aux textures modifiées : les patients 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 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, ...) ;
- Régulation de la surproduction et de la commande de repas en quantité trop importante.



#### ACTION STRATEGIQUE N°7 :

Faire progresser 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, surproduction/surcommande à limiter)

## II.E/ Adaptation des textures – harmonisation

La Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM)<sup>51</sup> et l'AFDN recommandent que les adaptations de textures soient établies selon les recommandations internationales de l'*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*. L'adoption de l'IDSSI pourrait être facilitée par une intervention auprès du personnel des établissements dans la mesure où elle suscite, sans explication, une incompréhension par les soignants (elle est peu lisible et intuitive, la pyramide étant inversée entre les aliments solides et liquides). L'avis n°92 du CNA<sup>52</sup> mentionne la faible utilisation actuelle de ce référentiel notamment en lien avec la complexité du guide

---

<sup>51</sup> 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).

<sup>52</sup> <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-veillir/>

de mise en œuvre<sup>53</sup>. Des formations pourraient ainsi être déployées sur l'utilisation de la norme IDDSI.



#### ACTION STRATEGIQUE N°8 :

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

## II.F/ 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 le souhaitent 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.



#### ACTION STRATEGIQUE N°9:

Examiner la possibilité d'intégrer les innovations culinaires et technologiques permettant d'optimiser la prise alimentaire en établissements sanitaires

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 sanitaires.

<sup>53</sup>[https://www.iddsi.org/images/Publications-Resources/ImplementationGuides/FrenchHarmonised/03\\_iddsi\\_guideméo\\_prosante\\_2022\\_frharmo.pdf](https://www.iddsi.org/images/Publications-Resources/ImplementationGuides/FrenchHarmonised/03_iddsi_guideméo_prosante_2022_frharmo.pdf)

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

### III.A/ Méthode d'élaboration du projet et du 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'actions à mettre en œuvre à court, moyen et long terme 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 des 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.

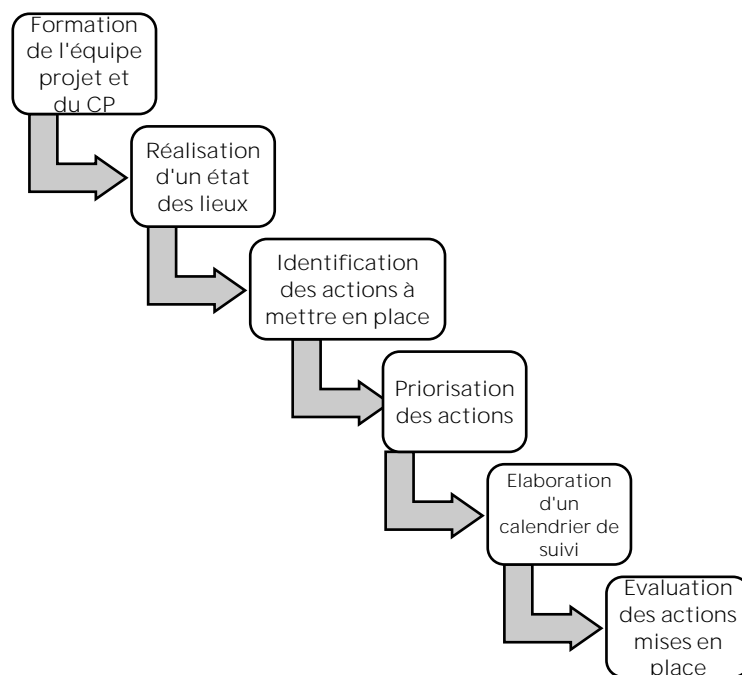


Figure 4 Les différentes étapes du plan d'action, CP = comité de pilotage

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 souhaitable de valoriser « *chaque maillon de la chaîne* » (aide-soignant, infirmier, ingénieur/directeur de la 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* »<sup>54</sup>.

Il est aussi possible d'aménager l'environnement de travail. A cet égard, le programme **Green de l'Institut Gustave Roussy**<sup>55</sup> (94) a permis de mettre en place un potager participatif au cœur de l'hôpital : « *Il est vraiment au milieu des bâtiments. C'est un espace incroyable de convivialité entretenu par un 'groupe garden' d'une centaine de salariés bénévoles sur leur temps personnel. Les cueillettes sont ouvertes à tous et les récoltes sont partagées, chacun repart avec son petit ballotin de tomates cerises par exemple. C'est vraiment une grande réussite, on a créé un lieu de rassemblement au pied de l'hôpital.* ». Il a aussi permis d'aménager les espaces extérieurs « *Un groupe de médecins ont longtemps fait des plantations sauvages. C'était une green guérilla ! Puis, à la suite du COVID, des équipes ont exprimé leur besoin de respirer, de s'aérer, et de se réapproprier les espaces extérieurs pour aussi les embellir. La direction a finalement décidé de lancer une végétalisation du site.* »

Au bord de l'autoroute A6, le site Gustave Roussy, premier centre de lutte contre le cancer en Europe, est très urbain avec très peu d'espaces verts et un bâtiment massif de grande hauteur. Un verger d'environ 150 m<sup>2</sup> a tout d'abord été planté avec une vingtaine d'arbres. « *Nous avons voulu créer une mini forêt fruitière avec des cerisiers, des pruniers, des pommiers et des cognassiers élevés en Île-de-France* ». Le verger est ouvert à tous : patients, professionnels de santé, familles, riverains. Une aire de pique-nique est aussi ouverte à proximité du bâtiment de recherche. Enfin, l'entrée principale du site est désormais agrémentée d'un jardin méditerranéen sec. « *Cet endroit est aride et extrêmement exposé au vent, nous souhaitons des végétaux résilients qui ne demandent pas trop d'entretien ni d'eau. Nous avons par exemple de la lavande* ».



#### ACTION N°1 :

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

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

Les indicateurs doivent permettre d'évaluer :

- Les niveaux de déchets alimentaires ;
- La prévalence de la dénutrition ;

<sup>54</sup> Christophe Mari, « Le repas est un soin », 2025

<sup>55</sup> Initiative collectée dans le cadre de l'animation de réseau du C2DS

- Les taux de prises alimentaires (**c'est-à-dire** la consommation des convives, évaluée à la fois en termes de poids mais aussi et surtout en termes de calories) ;
- Les **pratiques en termes d'administration de CNO** : évaluation de la consommation et des calories consommées ;
- La satisfaction des convives (notamment via e-satis) ;
- 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.



#### 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 nécessaires, le [ratio de l'ADEME](#)<sup>56</sup> 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 5 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) ;

<sup>56</sup> Pour 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 pouvant être appuyé par l'adaptation des fiches alimentaires des patients.

Les indicateurs d'ordre nutritionnel proposés sont les suivants :

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

Le codage de la dénutrition dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (codage des séjours à l'hôpital explique la méthodologie du diagnostic de la dénutrition<sup>57</sup>.

- 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 plateau / valeur calorique du plateau proposé. 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) ;
- **Progression de la part d'alimentation enrichie** (pourcentage d'augmentation de produits enrichis proposés (exemples : crèmes desserts enrichies, potages enrichis, ...) par rapport à la situation initiale).

### 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, ...

---

<sup>57</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_pmsi\\_mco.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pmsi_mco.pdf)

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 :

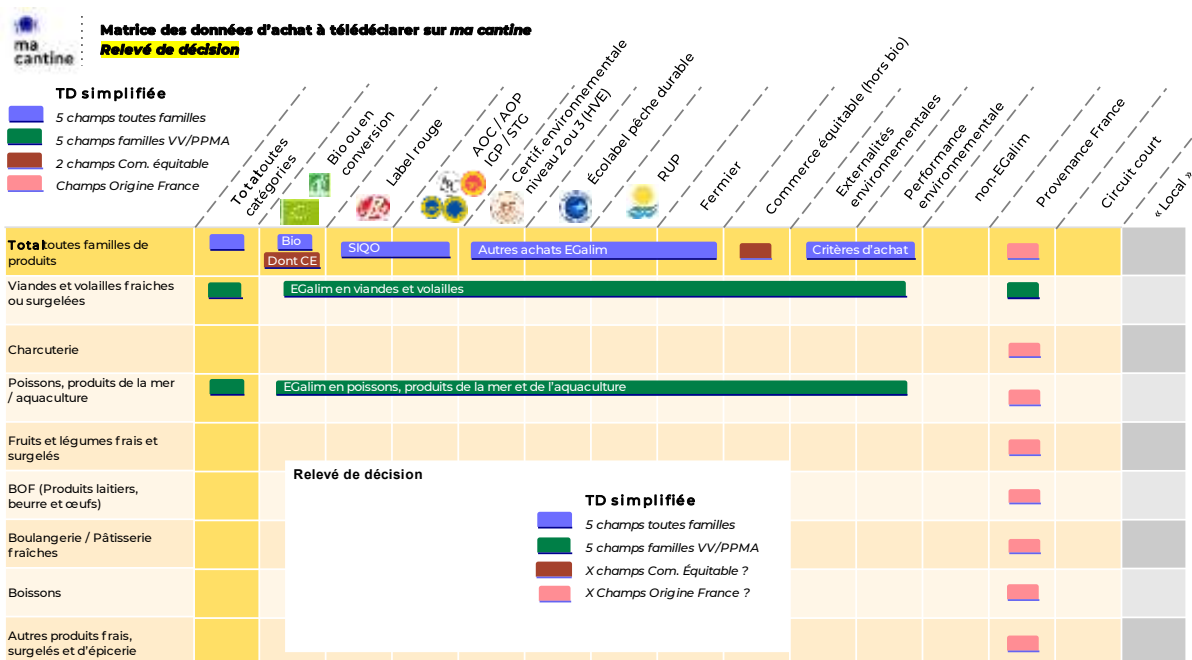


Figure 6 Matrice des données d'achat à télédéclarer sur « ma cantine »

### III.C/ Les 3 axes stratégiques 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 ;
- **L'adaptation de l'offre alimentaire ;**
- **L'adaptation de l'environnement de prise de repas.**



Figure 7 Mise en place d'actions pour réduire le gaspillage alimentaire en établissement sanitaire

## IV/ Axe 1 : Optimisation de la gestion des stocks, ajustement et simplification de la production/des commandes

### IV.A/ Optimisation de la gestion des stocks

Des erreurs dans la gestion des stocks peuvent entraîner l'expiration des produits alimentaires ou leur dégradation avant qu'ils ne soient utilisés. Une mauvaise organisation dans la chaîne d'approvisionnement peut également conduire à des excédents de nourriture qui ne sont pas correctement stockés ou distribués. Afin de remédier à cette problématique, l'acquisition d'un logiciel GPAO est de mise.

Les cliniques privées du groupe Clariane utilisent des bons de productions pour ajuster les quantités produites.

Le CH de Valence<sup>58</sup> (26) a optimisé la maîtrise du logiciel repas pour notifier "en absence" les personnes encore physiquement présentes, mais qui vont partir dans la journée. Le logiciel a permis de passer de 800 à 280 plateaux produits inutilement par mois pour des patients sortants, avec encore une marge d'amélioration à venir.

Le groupe Saint-Gatien a mis en place avec son prestataire de restauration une opération « Plateaux Fantômes » au sein de ses établissements. L'objectif est de contrôler régulièrement auprès de l'ensemble des services, le nombre de plateaux intacts non distribués et d'en comprendre les causes. Les échanges qui suivent cette opération permettent de proposer des pistes de réflexion afin d'améliorer la gestion des commandes de plateaux en service (formation, paramétrage du logiciel de commande). Cette démarche permet de réduire fortement le gaspillage alimentaire dû à la sur-commande de plateau. Les économies réalisées par cette démarche sont intégralement réinvesties dans nos achats afin d'augmenter le taux de produits de durables et de qualité.

<sup>58</sup> Initiative collectée dans le cadre de l'animation de réseau du C2DS



### ACTION N°3 :

Optimiser la gestion des stocks via l'acquisition d'un logiciel adapté

## IV.B/ Ajustement du nombre de commandes et de la production

### IV.B.1/ Ajustement de la production et du nombre de commandes

Les hôpitaux, en particulier les grands établissements, ont tendance à préparer plus de nourriture que nécessaire pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins de tous les patients. Cependant, la quantité exacte de nourriture consommée peut être difficile à prédire, ce qui conduit à une surproduction.

Cela peut être exacerbé par des alimentations thérapeutiques strictes ou spécifiques, en effet certains repas préparés peuvent ne pas être consommés si les patients ne les apprécient pas ou s'ils changent **d'alimentation thérapeutique** pendant leur séjour.

Il est essentiel et nécessaire que le patient puisse commander son repas au préalable et avoir un certain choix.

Le groupe de travail soutient une optimisation de la commande des repas *via* une gestion des commandes par anticipation et alerte sur les impacts causés par « la peur de manquer ». Une solution simple consiste à mettre en place un tableau de suivi du nombre de patients présents et du nombre de repas commandés.

A noter : Une autre source de gaspillage vient du fait que les hôpitaux produisent **plusieurs jours à l'avance (jusqu'à 5 jours pour certains) et n'ont pas les chiffres réels** des besoins au moment de la production.

Les cliniques privées du groupe Almayviva Santé ont développé une application de commande de repas permettant de faire des fiches plateaux par patient pour individualiser les repas (allergies, préférences alimentaires, textures modifiées) et ont fait le constat **de l'efficacité de cette mesure**.

Un CHU du Grand-Est a expérimenté le programme « Mon Repas, Mon Choix », qui permet aux patients de sélectionner leurs plats *via* une interface intuitive, avec des photos, des indications nutritionnelles, et un filtre selon leur état de santé. Par ailleurs, Au niveau de plusieurs sites, des tablettes au chevet couplées à une gestion logistique **en flux tendus permettent d'améliorer la pertinence des commandes, de réduire les erreurs et d'optimiser les coûts** <sup>59</sup>.

Un CHU du Nord de la France fournit aux unités de soins des repas « entrants » appertisés pour limiter les sur commandes.

---

<sup>59</sup> Christophe MARI, « Le repas est un soin »



#### ACTION N°4 :

Ajuster la commande/la production aux besoins des convives par la mise en oeuvre d'un système de suivi

### V.B.2/ Pallier la problématique des repas supplémentaires et remédier au phénomène de coulage

Le CH de Dax (40) a conduit une étude qui estime que 10 à 15% des repas sont envoyés sans destinataires. Ces derniers sont consommés dans les services sachant que le patient est sorti, en soin ou au bloc.

Pour lutter contre ce phénomène, répandu dans les établissements sanitaires et interne au fonctionnement des CH, il faut suivre le parcours patient et sortir les patients sans repas pour la MCO.

Les cliniques privées du groupe Al maviva Santé ont amélioré l'efficacité de leurs commandes plateaux pour pallier la problématique des plateaux fantômes (commandés mais non consommés).

Le projet Repas à l'hôpital<sup>60</sup> met en avant les panier repas<sup>61</sup> permettant de proposer au patient, dont la sortie a été décidée la veille ou dans la matinée, un repas qu'il pourra consommer à domicile ou à l'hôpital en salle dédiée, en toute autonomie. Le panier repas facilite la sortie du patient tout en lui apportant un accompagnement dans cette étape. La prestation permet de limiter le gaspillage de plateaux livrés et non consommés au déjeuner et de faciliter la rotation des lits dans les services.

Il est également ressorti qu'un phénomène similaire est de mise pour les petits déjeuners (biscuits, jus d'orange, ...). Parfois, des commandes sont effectuées pour des patients qui sont déjà partis.



ACTION N°5 : Limiter la commande de repas et petits déjeuners supplémentaires via la mise en place d'un suivi du parcours des patients

A noter : en cas d'excédents alimentaires de production, il est possible de valoriser les excédents alimentaires en les **donnant à des associations d'aide alimentaire**. Pour rappel, les opérateurs de restauration collective préparant plus de 2000 repas par jour sont obligés de proposer la conclusion d'une convention de don à une association d'aide alimentaire habilitée.

<sup>60</sup><https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>61</sup>[https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ\\_cFnI7tRLLFITqU0cjlWiVI-d?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ_cFnI7tRLLFITqU0cjlWiVI-d?usp=sharing)

Le CH de Valence<sup>62</sup> prépare 2 000 repas par jour dont au moins cinquante ne sont pas délivrés. « *Nous avons décidé de signer une convention avec les Restos du Cœur. Chaque jour, ils viennent récupérer les repas, dans des conditions sanitaires avec des contenants froids, des produits qui arrivent en date à minuit et nourrissent ainsi 365 jours par an les personnes accueillies dans un centre d'hébergement de 48 lits à proximité* » témoigne Nadège Buffat, responsable de cuisine.

En 2013, le service restauration du CH du Mans<sup>63</sup> (72) a mis en place une politique de don alimentaire. Les surplus issus de la production alimentaire représentent 4 200 kg par an, soit 7 000 repas. Pour lutter contre le gaspillage alimentaire, Didier Girard ingénieur restauration, après le formalisme d'une procédure et d'une convention, propose à titre gratuit ces surplus à ceux qui en ont besoin. Grâce à cette initiative conduite en partenariat avec l'Ordre de Malte et l'association Tarmac, un restaurant social a pu ouvrir ses portes dans un hôtel. L'Ordre de Malte organise la logistique et le service du repas, l'association Tarmac définit les personnes bénéficiaires. L'hôpital met ses surplus alimentaires dans des plats en inox, puis dans des conteneurs isothermes. Les surplus alimentaires sont livrés au restaurant où ils sont stockés en armoire froide en attendant le service assuré par les bénévoles de l'Ordre de Malte. Les plats sont présentés froids sous forme de buffet et le plat principal est remis en température. Les surplus permettent ainsi de nourrir 40 personnes au dîner cinq jours par semaine !

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

##### IV.C.1/ Adopter une offre alimentaire conforme aux recommandations du PNNS et adaptée aux besoins du patient

Santé publique France a publié les nouvelles recommandations alimentaires du PNNS pour la population générale adulte<sup>64</sup>, pour les enfants <sup>65</sup>, pour les femmes enceintes et allaitantes<sup>66</sup>, indispensables pour le travail de l'offre alimentaire. Les

---

<sup>62</sup> Initiative collectée dans le cadre de l'animation de réseau du C2DS

<sup>63</sup> Initiative collectée dans le cadre de l'animation de réseau du C2DS

<sup>64</sup><https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-alimentaires-pour-les-adultes>

<sup>65</sup><https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/enfants-et-adolescents-de-4-a-17-ans/les-recommandations-alimentaires-pour-les-4-17-ans>

<sup>66</sup><https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-et-conseils-avant-pendant-et-apres-la-grossesse>

recommandations pour les personnes âgées **sont en cours d'élaboration** par Santé publique France, sur la base des travaux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses, 2019)<sup>67</sup> et du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) <sup>68</sup>. Leur publication est prévue fin 2026.

La révision des recommandations alimentaires vise à couvrir les besoins nutritionnels dans leur ensemble, prévenir les maladies chroniques non transmissibles, minimiser les **expositions aux contaminants de l'alimentation tout en essayant de rester** relativement proche des consommations alimentaires actuelles afin de faciliter leur adoption. Elle **prend également en compte l'impact de l'alimentation sur l'environnement**. Un document de synthèse<sup>69</sup> a été élaboré par Santé publique France à destination des professionnels de santé, qui explique les fondements scientifiques des nouvelles recommandations alimentaires pour les adultes et donne des conseils pratiques pour parler d'alimentation avec les patients.

Contrairement aux idées reçues, **la maladie et l'inflammation augmentent les besoins** nutritionnels des convalescents. Au lieu de s'améliorer, le statut nutritionnel des patients se détériore de façon significative lors des séjours ; indépendamment de leur pathologie, les patients maigrissent et des situations qualifiées de dénutrition apparaissent. **Il est important de distinguer l'alimentation pour les patients n'ayant pas de pathologies et pour lesquelles les recommandations alimentaires du PNNS s'appliquent**, et celles des patients sujets à pathologies qui ont des besoins nutritionnels différents.

**L'offre alimentaire doit être adaptée** conformément aux recommandations nutritionnelles du PNNS et à la situation clinique du patient, selon les préconisations du personnel médical. Des recommandations sur la qualité nutritionnelle des repas à destination de la population générale, et notamment dans les établissements sanitaires devraient être élaborées dans le cadre du groupe de travail Nutrition du CNRC.

Point de vigilance : Les recommandations alimentaires du PNNS sont destinées aux personnes en bonne santé. **L'offre alimentaire doit** être adaptée selon la situation clinique des patients.

---

<sup>67</sup> [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](#)

<sup>68</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1087>

<sup>69</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/depliant-flyer/l-essentiel-des-recommandations-sur-l-alimentation>



ACTION N°6 : Respecter les recommandations nutritionnelles du PNNS et prendre en compte les recommandations nutritionnelles élaborées par Santé Publique France tout en adaptant selon les besoins du patient

#### IV.C.2/ Limiter le nombre de déclinaisons de repas **tout en s'adaptant aux pathologies traitées**

L'avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation souligne le fait que « *l'alimentation hospitalière est inutilement compliquée, et probablement enchérie, par la nécessité de décliner les menus selon de trop nombreux types de régimes sans réelle justification scientifique ou médicale* » et estime qu'« *une simplification rigoureuse est indispensable* ».

A noter : Il faut que cette évolution soit discutée avec les ingénieurs restauration/directeurs de la restauration, les diététiciens, le personnel médical, les soignants pour être adaptée aux pathologies traitées.



ACTION N°7 : Initier un travail collaboratif entre les équipes restauration et en charge de la nutrition pour limiter le nombre de déclinaisons de repas tout en s'adaptant aux pathologies traitées

L'AFDN et la SNFCM recommandent de limiter le nombre de déclinaisons de repas et insiste sur la **nécessité de limiter les alimentations thérapeutiques et l'occurrence de trop de prescriptions inutiles.**

Dans le même esprit, le CH de Dax met en avant la nécessité de réviser les déclinaisons des plats.

Le groupe de travail **attire l'attention** sur les simplifications abusives : il faut que ces simplifications soient discutées pour être adaptées aux pathologies. En outre, le groupe de travail **souhaite mettre en exergue l'importance** de respecter les recommandations du PNNS afin de maintenir **la quantité d'énergie et de protéines** nécessaire dans les repas.

### IV.C.3/ Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes

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<sup>70,71</sup>. La SFNCM<sup>72</sup> 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 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 combiner<sup>73</sup> plus de deux alimentations thérapeutiques restrictives (**en sel, en matières grasses ou en produits sucrés par exemple...**) en raison du risque de dénutrition (association de plusieurs types d'alimentations prescrites). En effet, la SFNCM et l'AFDN indiquent que la cumulation 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<sup>74,75,76</sup>. **A titre d'exemple, si une prescription d'alimentation thérapeutique combine texture modifiée, sans résidu et pauvre en sel, cela impactera son acceptabilité sur les plans visuel et gustatif.**

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 2 possibilités<sup>77</sup>.

---

<sup>70</sup> Preiser JC et al., 2016. Epidémiologie de la dénutrition chez le malade hospitalisé. In : Traité de la nutrition clinique. SFNEP ; 2016. P. 2071-115.

<sup>71</sup> 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).

<sup>72</sup> 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).

<sup>73</sup> Le terme « combiner » correspond à l'association de plusieurs types d'alimentations prescrites.

<sup>74</sup> Thibault R et al. (2011). Assessment of food intake in hospitalised patients : a 10year comparative study of a prospective hospital survey. Clin Nutr 2011 ; 30(3) : 289-96.

<sup>75</sup> Dupertuis YM et al. (2003). Food intake in 1707 hospitalised patients : a prospective comprehensive hospital survey. Clin Nutr Edinb Scotl 2003, 22(2), pp/ 115-23.

<sup>76</sup> Coti 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.

<sup>77</sup> Hors cas exceptionnels gérés uniquement par les médecins ou diététiciens.



## ACTION N°8 : Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes

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

**S'agissant de la population âgée, le suivi d'un régime restrictif augmente de 3,6 fois la probabilité d'être à risque de dénutrition**<sup>78</sup>.

IV.C.4/ Réévaluer les besoins de **prescriptions d'alimentations** thérapeutiques, plus onéreuses et souvent moins appréciées par les convives. La SFNCM<sup>79</sup> et l'AFDN recommandent que **tout type d'alimentation thérapeutique** soit réévalué en cours d'hospitalisation et lors de la sortie par le prescripteur, et si besoin par un médecin.

A titre d'exemple, un patient 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 noter : Il faut que cette évolution soit discutée avec les médecins, les ingénieurs restauration/directeurs de la restauration **et les soignants et/ou l'équipe hôtelière** pour être adaptée aux pathologies traitées.



## ACTION N°9 : Réévaluer l'alimentation thérapeutique en cours d'hospitalisation et lors de la sortie du patient

<sup>78</sup> 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](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf)

<sup>79</sup> 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.C.5/ 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



**ACTION N°10** : 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 : Il faut que cette évolution soit discutée avec les ingénieurs restauration/directeurs de la restauration, les diététiciens, les soignants et médecins pour être adaptée aux pathologies traitées. Le groupe de travail souhaite tout de même attirer l'attention sur les simplifications abusives : il est nécessaire que ces simplifications soient discutées pour être adaptées aux pathologies. Le décret du 2012-143 du 30 janvier 2012 sur la restauration des établissements de santé, prévoit un minimum de 4 composantes dans les repas.

Le GIP RCCM<sup>80</sup> met en exergue le fait qu'un nombre excessif de composantes par repas peut générer du gaspillage alimentaire.

Le **Projet Repas à l'hôpital**<sup>81</sup> a expérimenté une réduction du nombre de composante pour le dîner et met en exergue son intérêt (fiche action disponible [ici](#)<sup>82</sup>) (offre à proposer au repas du soir) pour les personnes âgées « afin de favoriser la consommation complète du repas tout en veillant au bon apport nutritionnel ». Dans le cadre du projet précité, un nouveau menu a été mis en place avec un potage enrichi, un plat, un dessert.

## V/ 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 via la réalisation de recettes adaptées aux convives

Selon Vaillant et al. (2019)<sup>83</sup>, la prise alimentaire est modulée par les conditions de prise du repas et peut être favorisée par une présentation appétissante des plats, la qualité dans le choix des denrées alimentaires, la palatabilité<sup>84</sup> des recettes mais peut aussi dépendre de la densité nutritionnelle des plats à volume constant ou encore du

---

<sup>80</sup> Groupement d'Intérêt public « Restauration collective du Centre Manche »

<sup>81</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>82</sup> [https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ\\_cFnI7tRLLFITqU0cjWiVi-d?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ_cFnI7tRLLFITqU0cjWiVi-d?usp=sharing)

<sup>83</sup> 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).

<sup>84</sup>La palatabilité est la caractéristique de la texture des aliments agréables au palais ; elle intervient dans le plaisir alimentaire.

fractionnement de la prise alimentaire notamment via le recours aux collations effectué de manière adaptée.

## 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. Aussi, en moyenne sur une année, les repas doivent comporter au moins 50 % de produits durables et de qualité, dont au moins 20 % issus de l'agriculture biologique ou en conversion, et ce pour toutes les cantines de France métropolitaine. Ces taux (en %) sont calculés à partir de la valeur HT en euros de la somme des achats annuels alimentaires - sur l'ensemble des repas, boissons et collations comprises. Par ailleurs, la loi Climat et Résilience, a complété cette disposition avec une autre obligation : il est attendu au moins 60 % de produits durables et de qualité dans la famille de denrées « viandes et poissons », ce taux étant fixé à 100 % pour la restauration de l'Etat, ses établissements publics (du type hôpitaux publics) et les entreprises publiques nationales.



**ACTION N°11 : Mettre en œuvre 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 pratiques<sup>85</sup> 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.

- ✓ Le GIP<sup>86</sup> Cuisine Centrale Mende 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

---

<sup>85</sup><https://achats-durables.gouv.fr/restauration-collective-publique-deux-guides-pratiques-approvisionnement-durable-qualite-347>

<sup>86</sup>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.

exemple, le GIP a travaillé avec des fermes bio de Lozère qui font du brouillard (moins cher 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 CHU de Brest a travaillé son offre alimentaire vers plus de « fait maison », pour tendre vers un approvisionnement de denrées brutes sélectionnées plus durables et de qualité.
- ✓ Le CHU de Strasbourg a adopté une politique d'achat permettant d'aller au-delà des objectifs de la loi EGalim.

De surcroît, le GT a identifié le levier de la mutualisation des achats avec d'autres structures, à l'instar d'un CHU qui mutualiserait ses achats avec une école.

#### V.B/ Un approvisionnement en denrées adaptées aux goûts des convives

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

Le soin nutritionnel optimal serait de tendre vers la **proposition d'une alimentation** personnalisée prenant en considération les besoins nutritionnels des patients (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 2023<sup>87</sup> (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 patient peuvent améliorer l'apport nutritionnel tout en réduisant le gaspillage alimentaire. Ceci peut être atteint grâce à un suivi actif des besoins nutritionnels individuels des patients par les soignants et les diététiciens. A noter : ceci peut être valable dans certains services mais n'est pas forcément opérationnel dans tous les cas de figure.

---

<sup>87</sup>Rinninella E. et al., 2023. Hospital Services to Improve Nutritional Intake and Reduce Food Waste : A Systematic Review, *Nutrients*, 15 (310).



ACTION N°12 : 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 des denrées durables et de qualité en adoptant une méthode de production économiquement avantageuse

V.C.1/ Réflexion sur les postes énergie, logistique, eau et ETP<sup>88</sup> en cuisine



ACTION N°13 : Réfléchir à des recettes économes en énergie, eau et optimisant la charge de travail du personnel 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.

L'Institut de Cancérologie de Lorraine (54) pratique une cuisson de nuit pour limiter les consommations en énergie.

V.C.2/ Le fait maison

Le « fait maison » est une mention dont peuvent se servir 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, pratique très répandue dans le secteur, la mention « fait maison » ne peut être utilisée.

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

- concourir à donner de la valeur au travail des cuisiniers, dans une certaine mesure ;
- concourir à la qualité des produits dans la mesure où cela permet de procéder à l'achat de produits bruts et potentiellement moins chers ;
- augmenter la satisfaction des convives dans une certaine mesure ;

---

<sup>88</sup> Un ETP est une unité de mesure proportionnelle au nombre d'heures travaillées sur une année par un salarié à temps plein.

- 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°14 : 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**).
- ✓ L'Institut de Cancérologie de Lorraine a mis en place une production de pain en interne et a mobilisé un apprenti boulanger. Le pain est préparé quotidiennement en quantités ajustées pour le déjeuner et le dîner, ce qui **permet d'éviter le gaspillage alimentaire et de générer des économies** dans une certaine mesure (le coût de fabrication du pain en interne est moins cher que **l'achat** si les **coûts d'investissements de production, de personnel n'ont pas été comptabilisés**). Par ailleurs, il fait son propre jambon et cuisine des terrines ou des quiches lorraines avec les surplus de jambon<sup>89</sup>, ce qui permet de réduire les coûts tout en conciliant plaisir gustatif et approvisionnement en produits durables et de qualité.
- ✓ Dans un CH du Nord de la France, une gamme de desserts enrichis faits maison a été conçue (flans, crèmes, riz au lait). Cette gamme a été validée par les diététiciennes avec une traçabilité simplifiée via une grille nutritionnelle interne<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup> Encadrement hygiène nécessaire

<sup>90</sup> Christophe Mari, Le repas est un soin.



Figure 8 Fabrication de pain maison au sein de l'Institut de Cancérologie de Lorraine

### 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°15 : Prévoir l'installation de structures de transformation pour faire des économies mobilisables dans l'achat de produits durables et de qualité**

- ✓ Le CHU de Brest dispose de sa propre pâtisserie.
- ✓ Le GIP RCCM a installé une légumerie permettant de passer des commandes à la structure par un marché réservé : cette légumerie voit directement avec les producteurs comment s'approvisionner.

### V.D/ La diversification des sources de protéines

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.

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 EGalim<sup>91</sup>. L'objet de ce document est de fournir des

---

<sup>91</sup><https://ma-cantine-1.gitbook.io/ma-cantine-egalim/diversification-des-sources-de-proteines-et-menus-vegetariens/untitled>

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 d'éventuelles évolutions législatives et à être complété par des outils pratiques.



**ACTION N°16 : Prévoir une stratégie de diversification des sources de protéines 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, ...) ayant un effet « repoussoir » moindre pour certains convives.

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 micronutriments dès qu'il s'agit de diversifier les sources de protéines de manière à éviter toute diminution de la prise alimentaire et d'écarter tout risque de carence. De fait, la cuisson des légumineuses nécessite des techniques précises pour réaliser des recettes savoureuses appréciées des convives.

Le groupe Saint-Gatien travaille avec son prestataire de restauration sur un plan pluriannuel de diversification des sources de protéines. Ce plan comprend 3 volets indissociables, CHOISIR les bons produits, ELABORER les recettes & menus et enfin ACCOMPAGNER le changement. Dans le détail, ces volets mettent l'accent sur un changement progressif de paradigme visant à favoriser une alimentation française et végétalisée. L'objectif fixé pour 2030 est que 70% des plats principaux de nos établissements rejettent au maximum 0,9 kg de CO<sub>2</sub>. Dans son livre, Christophe Mari identifie plusieurs freins à la généralisation des « repas végétariens », à savoir le manque de formation des équipes de cuisine, les préjugés sur l'absence de satiété, la méconnaissance des techniques culinaires végétarienne ou encore la qualité perçue moindre. Il souligne la nécessité de former les cuisiniers, travailler des recettes maison attractives, mieux communiquer auprès des usagers. Il met à cet égard en valeur les actions engagées par :

- Un CH du Nord de la France qui a intégré deux repas végétariens par semaine dans ses cycles, en associant les patients à l'évaluation de la satisfaction.
- Un CH de la région Occitanie qui propose régulièrement des menus à base de légumineuses en valorisant le sourcing local et bio.
- Sodexo dispose d'un plan pluriannuel de diversification des sources de protéines intéressant ayant pour effet des taux de repas végétarien compris entre 25 et 35%.

Il recommande notamment de :

- 1/ Créer des recettes végétariennes maison standardisées, facilement reproductibles ;
- 2/ Travailler la présentation et le vocabulaire des menus ;
- 3/ Inclure les usagers dans les réflexions pour recueillir leurs attentes ;
- 4/ Mettre en place un suivi des apports protéiques et en micronutriments ;
- 5/ Ne pas imiter des recettes traditionnelles en prévoyant une substitution de la viande par des protéines végétales qui ne convainc pas les patients : il faut prévoir une identité au plat

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

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 malades et/ou âgées.

**D'après l'INRAE<sup>92</sup>, 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 (et/ou malades) **quant au risque d'apport insuffisant en protéines** du point de vue nutritionnel : cela ne concerne pas des personnes ayant des pathologies nécessitant un suivi nutritionnel spécifique.

En effet, d'après INRAE<sup>93</sup>, il existe plusieurs différences entre les protéines animales et végétales :

- 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 ;

---

<sup>92</sup><https://www.inrae.fr/actualites/jusquou-peut-vegetaliser-l'alimentation-seniors-assurant-leurs-besoins-nutritionnels>

<sup>93</sup> <https://www.inrae.fr/alimentation-sante-globale/proteines-questions>

- 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 jeune<sup>94</sup> et peuvent être majorés en cas de pathologie ou de maladie chronique.

Or, les composés protéiques sont moins présents dans les produits végétaux que dans les produits animaux<sup>95</sup>. Il est donc important de veiller à ce que la diversification des sources de protéines n'impacte pas les apports en certains nutriments.

**Ainsi, plus l'alimentation sera « végétalisée »** (de manière cuite et consommable) et plus les volumes alimentaires à ingérer seront importants. Ceci pose difficulté, comme le soulève le CNA, dans la mesure où les personnes âgées peuvent être sujettes à une **perte d'appétit**.

De fait, le Haut Conseil de la santé publique recommande dans son avis du 18 mai 2021 relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées de **consommer au moins une fois par jour de la viande, de la volaille, du poisson ou des œufs : la priorité dans cette tranche d'âge reste un apport protéique suffisant et diversifié pour maintenir la masse musculaire et éviter la sarcopénie.**

Ces études rejoignent les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées (Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition GEM-RCN) de 2015. En effet, le GEM-RCN recommande d'améliorer la qualité des apports en protéines en privilégiant les protéines d'origine animale et de garantir des apports suffisants en protéines.

## V.E/ Travailler les méthodes de cuisson



**ACTION N°17 : Privilégier certaines méthodes de cuisson pour une optimisation de la production**

<sup>94</sup><https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/denutrition-comment-veiller-a-une-bonne-alimentation>

<sup>95</sup><https://www.inrae.fr/actualites/jusquou-peut-vegetaliser-lalimentation-seniors-assurant-leurs-besoins-nutritionnels>

L'Institut de Cancérologie de Lorraine utilise un système de cuisson sous vide. Il utilise le conditionnement sous vide pour allonger la durée de conservation jusqu'à 21 jours. Cela permet également d'optimiser la production et de réduire la consommation d'énergie du fait de la pratique d'une cuisson de nuit. Cela nécessite un investissement en matériel (cloche sous vide, sacs sous-vide), des formations spécifiques à destination des cuisiniers et une validation par la DDPP<sup>96</sup>, ainsi qu'un contrôle bactériologique par un laboratoire.



Figure 9 Cuisson sous vide pratiquée par l'institut de cancérologie de Lorraine (établissement non inclus dans les établissements ciblés par l'article 77 de la loi AGECE mettant fin à l'utilisation des contenants alimentaires de cuisson, réchauffe et service)

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

V.F.1/ Pour des recettes toujours goûteuses au moment de la consommation du repas

*V.F.1.a/ Penser aux assaisonnements goûteux*

Afin d'assurer une prise alimentaire optimale, il est nécessaire de travailler le goût des denrées présentées aux convives, notamment en réfléchissant aux assaisonnements.



**ACTION N°18 : Concevoir des recettes gustatives, notamment en utilisant les assaisonnements de manière adaptée**

L'Institut de Cancérologie de Lorraine a travaillé sur un ensemble de recettes (terrines maison cuites sous-vide, galette des rois, ...).

<sup>96</sup> Direction Départementale de Protection des Populations



Figure 10 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.



**ACTION N°19 : Travailler sur de nouvelles recettes de desserts, appétents et permettant de lutter contre la dénutrition**

A la suite du projet « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés »<sup>97</sup>, le CHU de Brest et le CHI de Haute-Comté ont développé des recettes de goûters enrichis couplés à l'achat de produits durables et de qualité.

Le CH de Pontivy (56) a développé et conçu une offre en verrines et desserts lactés, très appréciés et consommés par les convives.

#### *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)<sup>98</sup> ont

<sup>97</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau> - guide disponible fin 2025

<sup>98</sup> Edwards, 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.

démontré que la méthode de cuisson d'un repas frais pouvait permettre d'augmenter le volume de consommation tout en réduisant les déchets alimentaires.



**ACTION N°20 : 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 palatabilité<sup>99</sup>. 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).



**ACTION N°21 : 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**

---

<sup>99</sup>Caractère de la texture des aliments agréables au palais

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

### V.F.2.a/ Les textures

Les professionnels du secteur recommandent de travailler les textures à la fois sur la préparation des plats et sur la présentation.

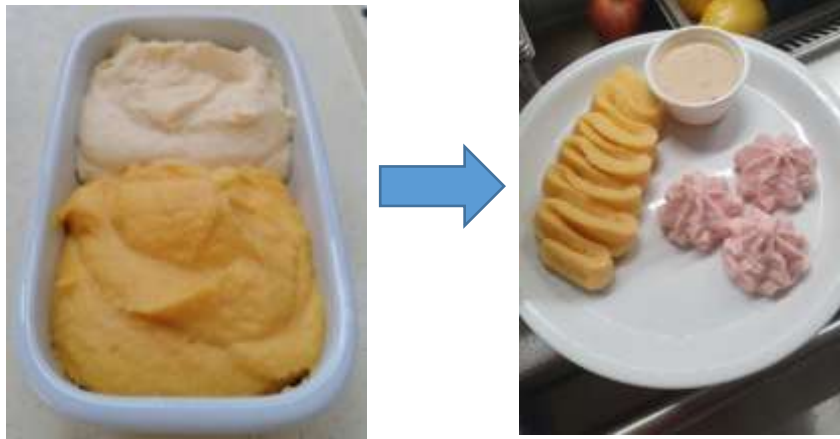


Figure 11 Travail des repas mixés par le Centre Henri Becquerel



**ACTION N°22 : Penser aux déclinaisons texturées des recettes et à leur présentation**

Le Centre Henri Becquerel (76) a travaillé sur des recettes adaptées aux différentes pathologies et notamment sur les repas mixés pour qu'ils restent attrayants et qu'il n'y ait pas d'impact sur la réchauffe.

Un CH du Sud de la France a mis en place des recettes enrichies standardisées pour les services de gériatrie, intégrant les besoins spécifiques (textures modifiées, goût adapté), avec une implication conjointe cuisine-diététique-soignants<sup>100</sup>.

### 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

<sup>100</sup> Christophe Mari, Le repas est un soin !

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<sup>101</sup> engagé par Restau'Co montre que le recours à ce mode d'alimentation facilite également l'accompagnement du repas par les soignants. Pour plus d'information, consulter la fiche action [ici](#).

L'avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation recommande à cet effet de proposer ce type d'offre.



**ACTION N°23 : 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 âgées<sup>102</sup> 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). Les conseils sont déclinables pour certaines catégories de patientèles.

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/ Fractionnement de la prise alimentaire : l'importance de proposer des collations en plus des trois repas*

La Société francophone nutrition clinique<sup>103</sup> recommande que l'offre alimentaire puisse être fractionnée en proposant plus de trois prises alimentaires par jour, c'est-à-dire trois repas et des collations. Ces collations peuvent être salées ou sucrées, selon les goûts des patients. **A cet effet, les établissements de santé doivent s'organiser pour proposer des apports alimentaires à d'autres moments de la journée que les repas classiques sous forme de collations.** Les collations doivent se faire à intervalles de temps cohérents avec les repas mais aussi pour diminuer la durée du jeûne nocturne.

A cet égard, la HAS recommande de ne pas dépasser 12h de jeûne nocturne pour les personnes âgées. **L'important est que sur la journée, les personnes consomment l'équivalent de leurs besoins nutritionnels.**

---

<sup>101</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>102</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil\\_EHPAD-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf)

<sup>103</sup> 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)



**ACTION N°24** : Dans l'attente de données supplémentaires et d'une expertise, examiner la possibilité de fractionner la prise alimentaire pour optimiser la prise alimentaire et ne pas dépasser 12h de jeûne nocturne pour les personnes en situation de dénutrition

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

La Haute autorité de santé (2021) a formulé des recommandations pour prendre en charge la dénutrition. Ces recommandations s'appuient sur **l'enrichissement des repas**. Il s'agit d'augmenter les apports en protéines et en calories sans augmenter – voire en diminuant – les volumes à ingérer.

La proposition d'alimentation enrichie en énergie/ou protéines cible 30 à 50% de patients hospitalisés dénutris ou à risque de dénutrition. **L'objectif est, en plus d'une alimentation standard répondant aux recommandations alimentaires du PNNS<sup>104</sup>, de prévenir et de prendre en charge la dénutrition.**

Dès 2017, le Conseil National de l'Alimentation a détecté le potentiel de l'enrichissement de l'alimentation dans son avis n°78 et avait recommandé de « proposer denrées et des prestations culinaires novatrices (types aliments enrichis ou « manger main ») pouvant permettre de faciliter la prise alimentaire tout au long de la journée ».

Il existe plusieurs moyens d'augmenter l'énergie et/ou la densité protidique des repas :

- ✓ La proposition de repas enrichis grâce à des aliments à forte densité nutritionnelle, à l'instar de la poudre de lait, de fromages, de matières grasses ou de sucres, qui sont ajoutés à des préparations salées ou sucrées (potages, sauces, crèmes desserts, gâteaux, ...). **L'enrichissement présente également l'intérêt d'améliorer le goût des denrées et peut ainsi contribuer à lutter contre le gaspillage alimentaire ;**
- ✓ **L'ajustement** de la taille des portions servies : il s'agit de proposer des repas plus denses en énergie et/ou nutriments spécifiques sous un même volume, ou bien de diminuer les volumes des repas pour les patients à petit appétit pour augmenter les ingestas. La diminution du volume des portions, associée à un apport nutritionnel constant, permet par ailleurs de tendre vers une diminution du gaspillage alimentaire.

La revue systématique de Mills et al. (2018)<sup>105</sup> a mis en exergue les effets bénéfiques des stratégies d'enrichissement des repas et de proposition de collations. Le rapport

---

<sup>104</sup> <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-alimentaires-pour-les-adultes>

<sup>105</sup> 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.

coût-efficacité était favorable et l'acceptabilité était bonne pour les patients qui en appréciaient le goût.

Le Centre Henri Becquerel a effectué un travail d'enrichissement, notamment sur les potages.



**ACTION N°25 :** Dans l'attente des travaux du GT nutrition et en cohérence avec les recommandations nutritionnelles du HCSP, examiner le potentiel de l'enrichissement pour prévenir et lutter contre la dénutrition tout en permettant de réduire le gaspillage alimentaire et de limiter le recours aux CNO

- ✓ Le GHR de Mulhouse a développé une offre « fait maison enrichi » pour certains patients et a fait le constat de la réalisation d'économies budgétaires réelles et d'un taux de satisfaction en hausse.
- ✓ Un CHU de Grand Est a expérimenté un plat enrichi du midi plutôt qu'un complément oral séparé : plat unique protéino-énergétique, avec un suivi des ingesta. L'expérimentation indique de meilleurs taux de consommation qu'avec les CNO<sup>106</sup>.

#### *V.F.3.c/ Ne pas oublier les collations et les petits-déjeuners*

La revue systématique de Mills et al. (2018)<sup>107</sup> a mis en avant les effets positifs des propositions de collations.

Le fait de proposer des collations et des petits-déjeuners faits maison et enrichis augmente la prise alimentaire et permet de lutter contre la dénutrition.



**ACTION N°26 :** Ne pas négliger les collations et le petit-déjeuner dans l'offre alimentaire

Le CHU de Brest a développé une offre en collations plaisir élaborées dans sa propre pâtisserie. Cette distribution permet de diminuer les apports en CNO tout en assurant une maîtrise de l'offre nutritionnelle.

Le Centre Henri Becquerel a développé une offre « repas plaisir » pour lutter contre la dénutrition et optimiser la prise alimentaire.

Christophe Mari mentionne dans le livre « Le repas est un soin ! » plusieurs modèles :

<sup>106</sup> Christophe Mari, Le repas est un soin !

<sup>107</sup>Mills SR, Wilcox CR, Ibrahim K, Roberts HC. Can fortified foods and snacks increase the energy and protein intake of hospitalized older patients ? A systematic review ; j Hum Nutr Diet 2018 ; 31 (3) : 379-89.

1/ Un CHU du Grand-Est qui a revisité le petit-déjeuner avec des paniers individuels composés à la carte, incluant des produits enrichis, saisonniers et locaux ;

2/ Un CH de Bretagne qui a introduit une collation enrichie du soir dans les services de gériatrie le soir vers 21h (soupe protéinée maison), collation ayant permis une amélioration des bilans nutritionnels ;

3/ Un CH de la région Auvergne-Rhône-Alpes qui propose une collation composée de pain grillé, de compote bio locale et de crème enrichie maison à destination des patients dénutris, en intégrant un suivi diététique.



Figure 12 Exemple de repas plaisir développé par le Centre Henri Becquerel

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

Navarro et al. (2016)<sup>108</sup> 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.



**ACTION N°27 : Soigner la présentation des denrées présentées aux convives, avec une attention particulière sur les plats texturés**

<sup>108</sup>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

Le CHU de Brest a saisi l'importance d'une présentation soignée et a investi dans du matériel de découpe pour son unité de production centrale.

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

### VI.A/ Information aux convives

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

Le CH de Dax insiste sur l'importance de donner aux patients des informations claires sur la nourriture disponible pour limiter le gaspillage alimentaire.

Le projet Repas à l'hôpital<sup>109</sup> met en avant le service hôtelier en soins palliatifs (fiche action disponible [ici](#)<sup>110</sup>) consistant en « la mise à disposition d'un chariot hôtelier imagé et équipé dans la chambre du patient. La présentation des plats est soignée et possible pour une préparation de petits volumes. La prestation apporte plus de confort au patient et à sa famille au moment de la prise alimentaire à toute heure.



**ACTION N°28 :** 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/ 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 dans de bonnes conditions pour une prise alimentaire optimale (position, ...) ;
- Assister les patients ayant des difficultés pour manger (découpe de la viande, ouverture des opercules, mise en bouche, ...).

Le moment du repas doit être un instant de vigilance pour le personnel soignant. Il faut dégager du temps au personnel soignant pour pouvoir assurer un service de qualité.

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 patient aide à une meilleure prise alimentaire, ce procédé faisant appel à la vigilance du personnel soignant par rapport aux aspects d'hygiène.

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

<sup>110</sup> [https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ\\_cFnI7tRLLFITqU0cjIWiVI-d](https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ_cFnI7tRLLFITqU0cjIWiVI-d)

Il est nécessaire de prendre en compte les contraintes des unités de soin 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.



ACTION N°29 : 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 : il peut arriver que les horaires de repas soient inadaptés pour répondre aux contraintes de planning du personnel, alors que parfois, des solutions organisationnelles peuvent être utilisées ;

A titre d'exemple, le service de maternité du CHU de Lille a réalisé un travail avec l'équipe soignante pour organiser les horaires de soin et décaler l'horaire de repas à 19h, ce qui correspond davantage aux habitudes des patientes.

Si une adaptation des horaires est complexe à mettre en place, des solutions alternatives peuvent être mises en place. A titre d'exemple, les cliniques privées du groupe Almaviva Santé proposent des plateaux froids pour les patients qui ont des rendez-vous au moment des repas (SMR).

- **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** : il peut arriver que la durée du repas ne soit pas suffisante pour assurer une prise alimentaire correcte.

L'avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation avait déjà détecté, en 2017, cette problématique et préconise une « nouvelle organisation » qui « devra être pensée afin de mieux articuler les temps des repas et les moments réservés aux actes de soins » et permettant le fait que « le temps du repas soit protégé même si celui-ci est différé ».



ACTION N°30 : 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 a son importance.

**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.

L'avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation met ainsi en avant l'importance du service et fait ressortir la recommandation qui suit :

*« Il est nécessaire de recréer un environnement favorable dans le temps et dans l'espace pour permettre au patient de s'alimenter sans interruptions intempestives et favoriser la préservation d'un lien social ».*

A noter : le recours à de la vaisselle en porcelaine à la place de barquettes en plastique peut contribuer à réduire le gaspillage alimentaire. A ce stade, l'impact quantitatif n'a pas été évalué mais plusieurs retours d'expérience convergent vers cette solution potentielle de lutte contre le gaspillage alimentaire.

L'architecture des établissements peut également être réfléchie pour permettre aux patients non valides de prendre leur repas en petit salon, petite salle à manger. Il s'agit en effet d'une piste pour éviter que les patients ne prennent leur repas seuls en chambre et éviter le cout des chariots de remise en température<sup>111</sup>.

Il ressort du projet Repas à l'hôpital<sup>112</sup> la recommandation du self pour les patients autonomes (fiche action disponible au [lien](#)<sup>113</sup>). Il s'agit « de proposer aux patients autonomes de se rendre dans une salle de restauration où il leur sera proposé un service de repas en self. Cela permet aux patients de retrouver la convivialité du temps du repas, de choisir leur menu et facilite la proposition de produits durables et de qualité ».

Il pourrait également être considéré la possibilité de prévoir des repas en chambre pour les familles des patients afin de favoriser la prise alimentaire.



**ACTION N°31 : 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, confort de l'installation pour manger, utilisation de vaisselle et couverts ergonomiques, ...)**

<sup>111</sup> CNA avis 78

<sup>112</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau>

<sup>113</sup> [https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ\\_cFnI7tRLLFITqU0cJIWiVI-d?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ_cFnI7tRLLFITqU0cJIWiVI-d?usp=sharing)

### VI.C.3/ Favoriser la prise alimentaire par la prise en compte des préférences des patients 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<sup>114</sup>. Il semble préférable de proposer plusieurs options que de prendre en compte les aversions des convives. A titre d'exemple, ce n'est pas parce qu'un patient n'aime pas la tomate qu'il n'apprécie pas la sauce tomate.

Une étude conduite par McCray et al. en 2017<sup>115</sup> 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<sup>116, 117</sup>.

A cet égard, la Société francophone nutrition clinique et métabolisme<sup>118</sup> recommande que l'offre alimentaire propose plusieurs choix et rejoint la recommandation de l'avis n°78 du Conseil National de l'Alimentation « *Il est important de privilégier la possibilité d'offrir un choix de menu* ».

La prise en compte des goûts et des habitudes alimentaires des patients est très importante pour optimiser la prise alimentaire, sans pour autant multiplier à outrance les références.

Ainsi, dans un souci opérationnel, le modèle de « *cuisine modulable* » permet de « *maintenir le plaisir du choix tout en évitant les surproductions* ».



**ACTION N°32 : Prendre en compte les préférences alimentaires des patients et proposer au convive de choisir son repas et d'être acteur de son alimentation**

- ✓ L'hôpital d'Aulnay-sous-Bois (93) a misé sur des menus « coups de cœur » concoctés par les cuisiniers.

<sup>114</sup> Cela suppose des moyens.

<sup>115</sup> McCray 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).

<sup>116</sup> Hugol-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.

<sup>117</sup> Diaz-Ferreira C. et al., 2015. Hospital food waste and environmental and economic indicators – a Portuguese case study. *Waste Manag* 2015 ; 46 – 146-54.

<sup>118</sup> 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).

- ✓ Le Centre Henri Becquerel a mis en place un système permettant aux convives d'effectuer le choix de leur repas en chambre (TV) et au plus près du repas.
- ✓ Le CH de Dax insiste sur l'importance d'offrir des repas personnalisés en fonction des préférences et besoins nutritionnels spécifiques des patients. Cela passe notamment par le calcul des apports de chaque plat, la concentration des apports pour les patients et résidents qui mangent en petite quantité.
- ✓ La Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (33) du groupe GBNA Santé a mis en place, s'agissant de la chimiothérapie, un chariot du type avion qui passe à chaque patient avec la possibilité pour les patients de composer eux-mêmes leur collation (sucré, salé).
- ✓ Le Centre Hospitalier de Centre Bretagne (56) a recruté du personnel hôtelier pour réaliser la prise de commande auprès des convives.
- ✓ Le projet Repas à l'hôpital<sup>119</sup> suggère « la mise en place d'une carte fixe restauration permettant d'offrir rapidement, une collation adaptée aux besoins et envies du patient accueilli pour une hospitalisation de courte durée. La carte comprend une quinzaine de produits de type collation, salée et sucrée, accompagnés d'une boisson. En donnant le choix au patient, elle augmente la satisfaction et évite le gaspillage de plateaux repas, peu adaptés aux services concernés (plus d'informations dans la fiche action accessible [ici](#)<sup>120</sup>).

## 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 sanitaire

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 13 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.

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

<sup>120</sup>[https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ\\_cFnI7tRLLEITqU0cjIWivI-d?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1UuFrhVJ_cFnI7tRLLEITqU0cjIWivI-d?usp=sharing)

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

### VI.A.3/ 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.

### VI.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 »).

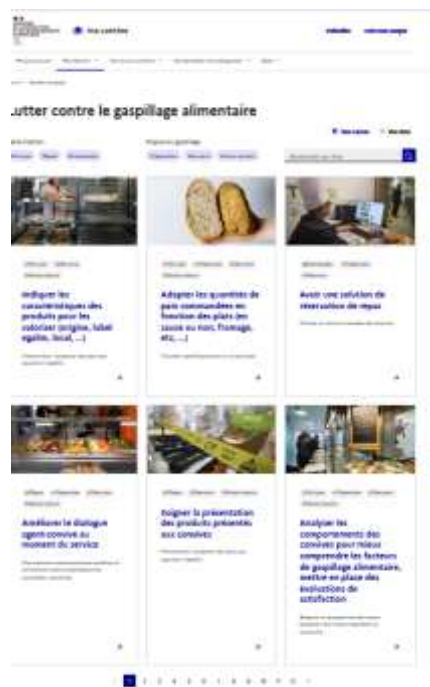


Figure 14 Espace "fiches action anti-gaspi de la plateforme "ma cantine"

Par ailleurs, la plateforme numérique « ma cantine » publie de nombreux outils et organise des webinaires à destination des établissements sanitaires.



Figure 15 Exemple de publication "ma cantine" à destination des établissements sanitaires

S'agissant des outils, la plateforme numérique « ma cantine » propose un protocole de pesée du gaspillage alimentaire et met à disposition (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 16 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 Spec<sup>121</sup> 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.

**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 non pas pris en compte dans les référentiels à ce stade.

#### VII.D/ Ressources mobilisables pour lutter contre la dénutrition

**A noter : le Collectif de Lutte contre la Dénutrition met à disposition un panel de ressources gratuitement<sup>122</sup> : guides d'actions, kits de sensibilisation destinés au grand public, aux aidants ainsi qu'aux soignants.**

Le guide issu du projet<sup>123</sup> « Plus de Bio dans l'assiette de nos aînés » (RESTAU CO) complète les outils précités par des fiches pratiques de mise en œuvre. Il traite notamment de :

- la mise en place d'un groupe projet (cas des EHPAD mais adaptable) ;
- 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 - fiches pratiques d'ateliers.

---

<sup>121</sup> 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.

<sup>122</sup> [https://drive.google.com/drive/folders/1p7E\\_TFmq2GClzX9u-GYcaxoph12\\_tDIL](https://drive.google.com/drive/folders/1p7E_TFmq2GClzX9u-GYcaxoph12_tDIL)

<sup>123</sup> <https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau> - disponible fin 2025

## Conclusion

L'enjeu de travailler sur la durabilité de l'alimentation en établissement de santé oblige à 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, dans une certaine mesure, à améliorer la situation budgétaire et à répondre à des enjeux environnementaux, sanitaires, sociaux et d'attractivité tout en palliant en partie à 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 en 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 biodéchets<sup>124</sup>) et indirect (coûts en personnel, énergie, logistique, traitement des déchets, etc.) ;
- 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 convives 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 sanitaire et l'existence **d'actions exemplaires** à essaimer. La motivation et la volonté des représentants du secteur portent sur **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 en **suscitant l'adhésion** et la collaboration des équipes des **différents corps disciplinaires (restauration, soin, médical, ...)**.

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

---

<sup>124</sup> Si besoin, le GT vous invite à vous référer au guide « Gestion des Biodéchets » rédigé conjointement par GECO FOOS SERVICE et l'ADEME – lien : <https://gecofoodservice.com/espace-restaurateurs/>



## Synthèse des actions stratégiques à mettre en œuvre dans les établissements sanitaires

Mobiliser les directions des établissements sanitaires pour une mise en place **systematique d'une stratégie alimentaire globale**

- ✓ N°1 : [Adopter une stratégie globale de l'alimentation](#)

### Réorganiser le budget alloué à 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 des synergies transdisciplinaires et mettre en place des formations spécialisées

- ✓ N°5 : [Mettre en place d'un plan de formation spécialisée \(ciblant notamment le personnel de direction\) aux enjeux liés à l'alimentation et aux interconnexions à mettre en place](#)
- ✓ N°6 : [Former une équipe de projet pluridisciplinaire qui serait encadrée par la direction](#)

Identifier des pratiques à modifier et mettre en place une communication pour les faire évoluer

- ✓ N°7 : [Faire évoluer les pratiques en sensibilisant les établissements \(recours aux CNO à mettre en perspective avec l'offre alimentaire, alimentations thérapeutiques à réexaminer, recours aux repas mixés à réviser dès que possible, organisation des horaires de repas à étoffer, distribution du repas à mieux prendre en compte, surproduction/sur commande à limiter\)](#)
- ✓ N°9 : [Prévoir une adaptation des textures selon les recommandations internationales de l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative](#)

Etudier les innovations culinaires et technologiques visant à réduire le gaspillage alimentaire et à optimiser la prise alimentaire

- ✓ N°16 : [Examiner la possibilité d'intégrer les innovations culinaires et technologiques permettant d'optimiser la prise alimentaire](#)

# Synthèse des actions **opérationnelles à mettre en œuvre** en établissements sanitaires

## **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 : Optimisation de la gestion des stocks, ajustement et simplification de la production/des commandes

### Optimiser la gestion des stocks

- ✓ N°3 : Optimiser la gestion des stocks via l'acquisition d'un logiciel adapté

### Ajuster le nombre de commandes/de la production

- ✓ N°4 : Ajuster la commande/la production aux besoins des convives par la mise en œuvre d'un système de suivi
- ✓ N°5 : Limiter la commande de repas et petits déjeuners supplémentaires via la mise en place d'un suivi du parcours des patients

Faire évoluer les propriétés nutritionnelles de l'offre alimentaire : vers une simplification du nombre de régimes et de déclinaisons

- ✓ N°6 : En attente des conclusions du GT nutrition, respecter les recommandations nutritionnelles du PNNS et prendre en compte les recommandations nutritionnelles élaborées par Santé publique France tout en examinant la possibilité de raisonner sur les apports nutritionnels
- ✓ N°7 : Initier un travail collaboratif entre les équipes restauration et en charge de la nutrition pour limiter le nombre de déclinaisons de repas tout en s'adaptant aux pathologies
- ✓ N°8 : Eviter l'addition d'un ou plusieurs régimes
- ✓ N°9 : Réévaluer l'alimentation thérapeutique en cours d'hospitalisation et lors de la sortie du patient
- ✓ N°10 : 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 convive 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°11 : 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 adaptées aux goûts des convives

- ✓ N°12 : 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°13 : Réfléchir à des recettes économes en énergie, eau et optimisant la charge de travail du personnel en cuisine
- ✓ N°14 : Si les conditions organisationnelles le permettent, choisir les produits pour lesquels le "fait maison" devrait être privilégié, raisonnant en termes de gains de productivité
- ✓ N°15 : Prévoir l'installation de structures de transformation pour faire des économies mobilisables dans l'achat de produits durables et de qualité

Diversifier les sources de protéines

- ✓ N°16 : Prévoir une stratégie de diversification des sources de protéines associée à l'achat en produits durables et de qualité

Travailler sur les méthodes de cuisson

- ✓ N°17 : 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°18 : Concevoir des recettes gustatives, notamment en utilisant les assaisonnements de manière adaptée
- ✓ N°19 : Travailler sur de nouvelles recettes de desserts, appétents et permettant de lutter contre la dénutrition
- ✓ N°20 : Utiliser des méthodes de cuisson optimisant les propriétés organoleptiques des denrées
- ✓ N°21 : 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°22 : Penser aux déclinaisons texturées des recettes et à leur présentation
- ✓ N°23 : Penser à concevoir des recettes de manière à prendre en compte les éventuelles difficultés de préhension des convives
- ✓ N°24 : Dans l'attente de données complémentaires, examiner la possibilité de développer un fractionnement de la prise alimentaire pour optimiser la prise alimentaire et ne pas dépasser 12h de jeûne nocturne pour les personnes sujettes à dénutrition
- ✓ N°25 : Dans l'attente des conclusions 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 de limiter le recours aux CNO

- ✓ N°26 : Ne pas négliger les collations et le petit-déjeuner dans l'offre alimentaire
- ✓ N°27 : 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

Informar les convives

- ✓ N°28 : Informar 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

Aider à la prise du repas

- ✓ N°29 : 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°30 : 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°31 : 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, confort de l'installation pour manger, utilisation de vaisselle et couverts ergonomiques, ...)
- ✓ N°32 : Proposer au convive de choisir son repas et d'être acteur de son 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 groupe de travail ;
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 groupe de travail

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 du 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, AGEC 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, NEXEM<sup>125</sup>, 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 groupes 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

---

<sup>125</sup> Organisation professionnelle représentant les employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif.

dans le cadre du groupe de travail lutte contre le gaspillage alimentaire et le groupe de travail GT 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 Autonomie<sup>126</sup>;
- 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 domicile<sup>127</sup>.

Le périmètre du groupe de travail 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.

---

<sup>126</sup> 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.

<sup>127</sup> 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.

Mandat et cadre des travaux :

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 groupe de travail 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)<sup>128</sup> 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 GT, 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 ;

---

<sup>128</sup> <https://cna-alimentation.fr/publication-avis-92-lalimentation-comme-vecteur-du-bien-vieillir/>

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 ;

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 GT.

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

Calendrier réalisé :

- 1<sup>ère</sup> réunion - 25 mars 2025
- 2<sup>nd</sup> réunion - 6 mai 2025
- 3<sup>ème</sup> réunion – 28 mai 2025
- 4<sup>ème</sup> réunion – 3 juillet 2025
- 5<sup>ème</sup> réunion – 11 septembre 2025
- 6<sup>ème</sup> réunion – 15 octobre 2025
- 7<sup>ème</sup> réunion – 12 novembre 2025
- 8<sup>ème</sup> 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 concedée	FOULON	Damien	Responsables affaires réglementaires SNRC
SNRC	Syndicat national de la restauration collective concedée	GALISSANT	Carole	Sodexo
SNRC	Syndicat national de la restauration collective concedée	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	Haïk	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 <b>Lutte contre l'exclusion</b>

## Annexe 3 : Liste des auditions du Groupe de Travail

### Structures représentant la catégorie « Etablissements sanitaires »

- ✓ **UDIHR/RESTAU'CO : présentation du projet « repas à l'hôpital »** - Thomas LALOU – 25/03/2025
- ✓ **UDIHR/RESTAU'CO : retour d'expérience** – restauration du CHU de 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, SMR, 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, SMR, 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 17 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

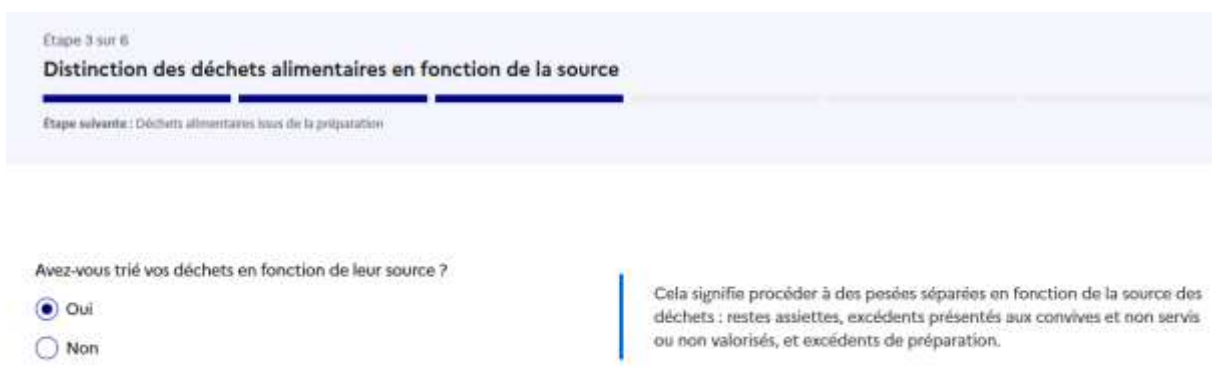
Étape suivante : Distinction des déchets alimentaires en fonction de la source

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, épluchures, arêtes).

Figure 18 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 19 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 20 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 21 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 22 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

Graphique

Texte



■ Comestible ■ Non-comestible

Origine du gaspillage

Graphique

Texte



■ Déchets alimentaires issus de la préparation  
■ Denrées présentées aux convives

Figure 23 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 par exemple 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 alimentaires<sup>129</sup> 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 gommages à mâcher.<sup>130</sup> 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 épilures, 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.

<sup>129</sup> Au sens de l'article 2 du règlement (CE) n° 178/2002 du 28 janvier 2002

<sup>130</sup> Article L541-1-1 du Code de l'Environnement, Règlement (CE) n°178/2002 du 28 janvier 2002



Figure 27 : 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

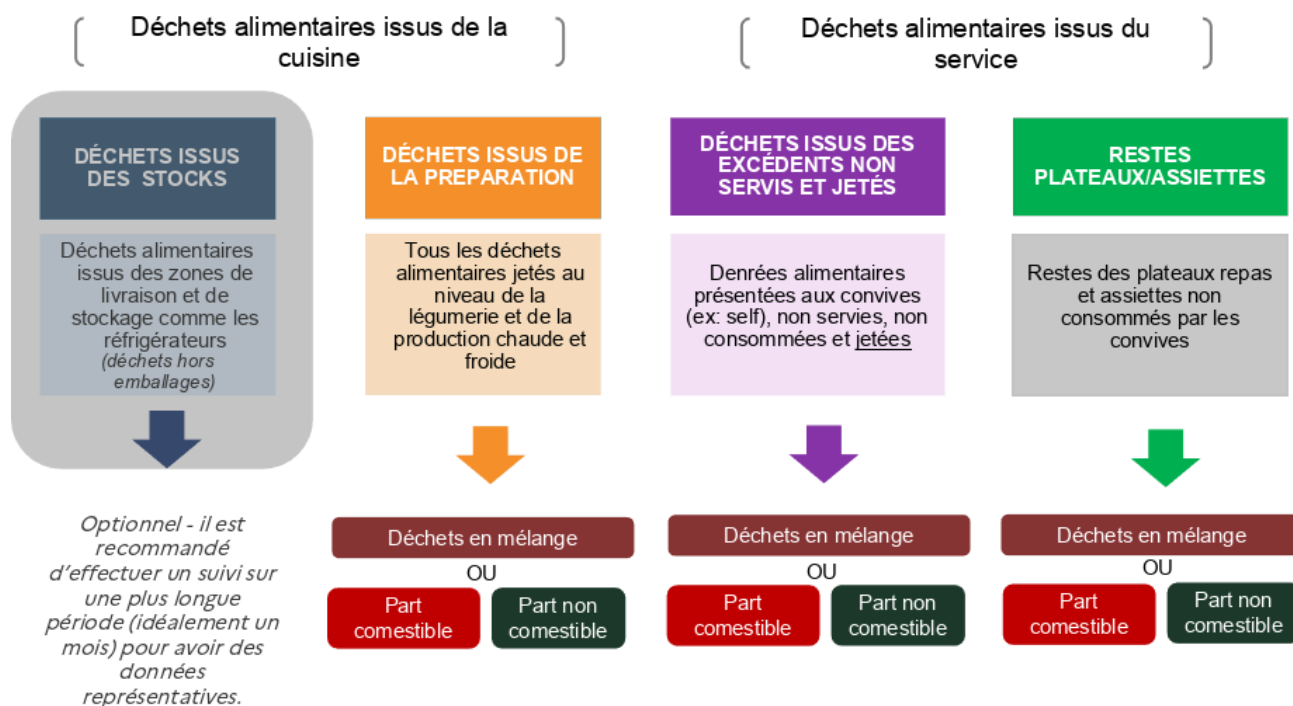


Figure 248 : schéma des flux pour effectuer une pesée simple en restauration collective

### ⊙ 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 ratio<sup>131</sup> 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.

<sup>131</sup> 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, collation.s, 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 29 Exemple d'affiche - pesée simple

# ENTRÉE

## RESTES DE NOURRITURE COMESTIBLE



Figure 30 Exemple d'affiche - pesée par composante

