



LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE EN MILIEU HOSPITALIER

La restauration collective en établissement de santé et de soins médico-sociaux est confrontée à plusieurs difficultés (profils nutritionnels divers, qualité des repas, normes sanitaires, etc.) et enregistre le plus gros volume de pertes et gaspillages en comparaison aux autres métiers de la restauration collective.¹

EcoRes a bénéficié du soutien de Bruxelles Environnement, dans le cadre de l'appel à projet Alimentation Durable de 2012, pour mener une étude visant à mesurer et à identifier les causes du gaspillage alimentaire en milieu hospitalier.

Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- caractériser les systèmes de restauration des hôpitaux sur la Région Bruxelles-Capitale (RBC) ;
- comprendre les enjeux et les opportunités de la transition de ces systèmes vers une alimentation durable ;
- définir des pistes d'actions pour accompagner les hôpitaux vers un système alimentaire durable en réduisant leur gaspillage alimentaire.

1. METHODOLOGIE ET DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée en deux phases :

La première phase visait la **caractérisation des systèmes de restauration des hôpitaux** au travers de visites et d'entretiens en face à face. Les questions concernaient le mode de fonctionnement général, la gestion des commandes et matières premières, l'élaboration des menus, les actions en termes de gaspillage alimentaire, les aspects réglementaires et financiers. Sur base de ces données, il a été possible d'analyser le fonctionnement du secteur et ainsi comprendre les enjeux et les opportunités d'une transition vers une alimentation durable.

La deuxième phase consistait en un **diagnostic du gaspillage alimentaire** dans deux sites pilotes. L'objectif étant d'analyser les différentes étapes de la chaîne de préparation des repas de chaque site et d'y pointer les sources potentielles. Sur cette base, une première ébauche de méthodologie de pesées a été élaborée pour chaque site, adaptée à leurs caractéristiques : que peser, où, quand et comment/avec quel matériel. A partir des observations et des données récoltées, des pistes d'actions ont été formulées pour réduire le gaspillage alimentaire au sein de ces deux sites.

2. OBSERVATIONS ET RESULTATS

Phase 1 : Caractérisation des systèmes de restauration des hôpitaux

Les systèmes de restauration collective peuvent être classés selon 3 types :

- Autogestion (cuisine interne avec personnel interne) ;
- Gestion externalisée (cuisine interne avec gestion par un prestataire de service externe)

¹ Pertes et gaspillages dans les métiers de la remise directe (restauration et distribution), MAAPRAT, 2011.



- Sans cuisine (faisant appel à un prestataire de service pour la livraison des repas)

Huit centres hospitaliers bruxellois répartis sur 20 sites ont été interrogés. Il ressort que le système de l'autogestion est adopté par 8 sites sur 20. Les autres fonctionnent en gestion externe ou via une société de catering.

Phase 2 : Diagnostic – gaspillage alimentaire

L'étude a été réalisée sur deux sites fonctionnants sous le mode de l'autogestion. De par les moyens mis à disposition, les retours plateaux du matin et du midi ont été mesurés dans le cadre de cette analyse.

2.1. OBSERVATIONS QUALITATIVES

- Sur les deux sites, les chariots sont numérotés par services et débarrassés dans l'ordre. Il y a ainsi des services plus « sensibles » quant au gaspillage alimentaire du fait des pathologies des patients qui y sont hospitalisés :
 - Services sensibles: gériatrie, médecine digestive,
 - Services intermédiaires : oncologie, médecine interne, chimiothérapie d'un jour, hospitalisation court terme,
 - Services aux retours faibles : orthopédie, maternité et pédiatrie,
- La soupe constitue un important retour des plateaux des patients à midi. Elle est servie dans des pots en plastique et il n'est pas noté de quel type de soupe il s'agit.
- Les membres du personnel des cuisines sont globalement conscients du gaspillage, cela les choque. Ils soulignent la quantité de portions conditionnées jetées (beurre, confiture, vinaigrette, etc.) qui constitue à la fois du gaspillage alimentaire et des déchets d'emballages.

2.2. DONNEES QUANTITATIVES

a) Plateaux du matin

En ce qui concerne le plateau du matin, le gaspillage moyen par patient est quasiment identique sur les deux sites, avec environ 117 g/patient sur un plateau pesant initialement environ 360g. Il y a donc un peu plus de 30% du plateau qui est gaspillé.

b) Plateau du midi

SITE 1 : Le gaspillage moyen par patient et par jour est de **258,5 g/patient**. Le poids moyen d'un plateau étant de 870 g, cela signifie que, comme pour le déjeuner, 30 % de la nourriture du plateau sont gaspillés.

SITE 2 : Le gaspillage moyen par patient et par jour est de **151 g/patient**. Le poids moyen d'un plateau étant de 807g, cela signifie que 18 % de la nourriture du plateau sont gaspillés.

Le gaspillage journalier varie en fonction de la taille de l'établissement, du nombre de patients et de l'utilisation ou non des surplus dans les services suivants (soupe, restaurant du personnel)...



2.3. IMPACT FINANCIER

Dans le cadre de cette étude l'impact financier lié au gaspillage alimentaire a été évalué. Vu l'importance du gaspillage alimentaire, le coût de ce dernier est également élevé sur chacun des sites étudiés.

SITE 1

Durant une année, la quantité de nourriture gaspillée extrapolée (en comptant uniquement les services petit déjeuner et diner) est de 34.077 kg/an, soit l'équivalent pour nourrir 27.818 patients. Ce qui représente un coût de 87.627euros/an. Le gaspillage par patient et par an est de 136 kg (plateaux matin et midi uniquement).

Site 2

Durant une année, la quantité de nourriture gaspillée (uniquement plateaux du matin et du midi) est de 131.473 kg/ an soit l'équivalent pour nourrir 111.417 patients. Le gaspillage par patient et par an est de 97 kg (plateaux matin et midi). Ici, l'établissement n'a pas souhaité communiquer les chiffres du coût par plateau. Il nous est donc impossible d'évaluer le coût que représente ce gaspillage alimentaire.

Les chiffres sont bien entendu à titre indicatif, car tous les éléments n'ont pas le même impact financier dans un plateau repas. Ces chiffres permettent néanmoins d'avoir une première idée du gaspillage alimentaire.

3. RECOMMANDATIONS ET AMELIORATIONS

Les freins et les limites méthodologiques rencontrés dans la réalisation de cette seconde phase de l'étude sont :

- **Information et sensibilisation du personnel** ; celle-ci est nécessaire pour permettre une bonne collaboration et participation du personnel. Il faut donc s'assurer de la bonne diffusion de l'information, clarifier les attentes, fournir des outils de communication, ou encore organiser une rencontre informelle avec les équipes.
- **Besoin en ressource humaine externe importante** pour réaliser une bonne prise des mesures à chaque pesée. Toutefois, il serait intéressant de rendre les équipes autonome dans la mise en place d'un système de mesure et proposant des solutions d'accompagnement.
- **L'exigüité des locaux et l'ajout de matériels supplémentaires pour le tri et les mesures** rendent le travail plus difficile à organiser.
- **Choix des éléments à peser**, surtout pour ce qui est des petites portions (beurre, confiture,...). Certains reviennent entamés, à moitié entamés, ou encore non utilisés. Il faudrait penser à systématiser la pesée de ces petites portions en clarifiant la prise en compte ou non des portions entamées ou non entamées.
- **Identifier l'origine du chariot**, en effet, même si ceux-ci sont numérotés en fonction du service, il n'a pas toujours été facile, vu le rythme du tri, d'identifier la provenance des plateaux encore plein, et celle des plateaux vides. A l'avenir, il serait intéressant de systématiser le relevé des numéros de chariots afin d'affiner les résultats par rapport à l'origine du service.



4. CONCLUSION

Les mesures du gaspillage alimentaire sont intéressantes pour poser un point de départ. Les pesées permettent notamment de mesurer l'impact d'une action de réduction du gaspillage alimentaire et ainsi d'évaluer sa pertinence.

Au terme de l'étude, et en considérant les données récoltées, il apparaît que les causes potentielles du gaspillage alimentaire en milieu hospitalier sont :

- Les facteurs liés à la situation médicale du patient et son environnement,
- Les facteurs liés à la présentation des repas, un repas présenté sur de la vaisselle est plus apprécié qu'un repas servi dans des barquettes,
- Les facteurs organisationnels (manque de formation et de sensibilisation du personnel, température des plats, choix « par dépit » lorsque le patient a la possibilité de choisir entre deux plats proposés),
- Les facteurs techniques liés à la régénération en liaison froide qui provoque une diminution de la qualité gustative de certains produits.
- ...

Prévenir le gaspillage alimentaire a tout à fait sa place dans l'amélioration de la fonction de restauration en hôpital. En effet, c'est :

- **Aider l'hôpital à repérer les causes du gaspillage alimentaire** et y apporter des solutions propices à la guérison des patients et au bien-être du personnel.
- **Permettre des économies** : les denrées coûtent ainsi que leur assemblage, leur distribution, leur enlèvement, etc.
- **Améliorer l'image de l'hôpital** : comme acteur de société respectueux des personnes et de son environnement.

PORTEUR DE PROJET

- **EcoRes sprl** – Rue d'Edimbourg, 26 – 1050 Bruxelles
- **Responsable du projet:** Anne Sophie ANSENNE
- **Contact** : 02/893.08.86 – annesophie.ansenne@ecores.eu

