



EHESP

**Directeur d'Établissements Sanitaires
et Sociaux Publics**

Promotion : **2007 – 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Le maintien d'une unité de production
alimentaire au sein de l'Hôpital Local
de Muret, vecteur d'une qualité de
prise en charge sanitaire et
médico-sociale**

Cécile ARDAUD

Remerciements

Mes remerciements vont en priorité à ma Maître de stage, Mme Mireille CAZASSUS, Directeur de l'Hôpital Local de Muret, pour sa disponibilité, sa confiance, pour m'avoir transmis à la fois son savoir et sa passion et grâce à qui j'ai pu pleinement appréhender la réalité du métier de directeur.

Je remercie vivement Mme Céline MARTIN et M. Jean Pierre STELLITANO, Directeurs adjoints, qui se sont efforcés de m'impliquer dans leur travail quotidien, pour leur soutien et le temps qu'ils m'ont consacré.

Merci également à Mme Valérie VERGER, Responsable qualité, pour m'avoir initiée et intéressée à la démarche qualité.

Je remercie l'ensemble des membres de l'équipe d'encadrement pour leur amabilité et pour leurs échanges constructifs, ainsi que les équipes soignantes, éducatives et logistiques, pour m'avoir permis de les suivre durant leur travail et ainsi de mieux comprendre la réalité de leur métier.

Enfin je tiens à remercier M. Christophe PASCAL, enseignant chercheur à l'IFROSS, pour ses précieux conseils, son écoute et son aide durant l'élaboration de mon travail de rédaction.

Sommaire

Introduction	1
1 La prestation restauration, un élément incontournable de prise en charge des personnes accueillies en institution	5
1.1 L'alimentation, une préoccupation française qui dépasse les dimensions culturelles et symboliques.....	5
1.2 Le repas, au centre d'une réflexion relative à la prise en charge	8
1.2.1 Dimension soins.....	8
1.2.2 Dimension éducation	10
1.2.3 Dimension plaisir.....	12
1.3 Une prise en considération relayée au niveau des objectifs et choix institutionnels	14
1.3.1 La place de l'alimentation dans les objectifs institutionnels	14
1.3.2 Les répercussions financières sur le budget de l'établissement du choix de modes de prestation restauration	16
2 Le maintien en interne d'une unité de production alimentaire, un choix demandant de dépasser un certain nombre de contraintes.	19
2.1 Le principal enjeu de la prestation restauration en établissement de santé : l'adaptabilité aux besoins.....	19
2.1.1 L'adaptation nécessaire aux besoins des résidents, variables selon les âges	19
2.1.2 Une organisation de travail qui réponde à un impératif d'adaptabilité : l'importance de la communication inter-services.....	22
2.2 Des impératifs d'hygiène alimentaire et de sécurité sanitaire qui sont précis et contraignants	26
2.2.1 Un respect impératif du plan de maîtrise sanitaire en cuisine et dans les services	26
2.2.2 Une formation du personnel indispensable pour l'introduction de cette démarche dans les pratiques	29
2.3 Les contraintes liées au maintien d'un outil de production performant	31
2.3.1 Contraintes liées au bâti	32
2.3.2 Contraintes liées au personnel	33
2.3.3 Contraintes de limitation des coûts	33

3	Analyse de la stratégie adoptée par l'HL de Muret du maintien de l'unité de production alimentaire en interne et perspectives à envisager pour une amélioration de la qualité de la prestation restauration.....	35
3.1	Analyse du processus décisionnel.....	35
3.2	L'introduction ponctuelle ou permanente d'intervenants privés dans le fonctionnement de l'HL dans une logique d'apport de compétences spécifiques.....	41
3.2.1	Le recours à des prestataires privés comme support technique	41
3.2.2	Le recours à des prestataires privés comme aide à la décision.....	44
3.2.3	Le recours à des prestataires privés comme aide financière	46
3.3	Propositions dans une perspective à long terme d'amélioration de la prestation restauration	47
3.3.1	Propositions pour l'activité de la nouvelle cuisine	47
3.3.2	Propositions pour l'amélioration de la prise en charge en interne.....	49
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AS : aide soignante
CA : conseil d'administration
CAM : communauté d'agglomération muretaine
CCAS : centre communal d'action sociale
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLAN : comité de liaison alimentaire nutrition
CME : commission médicale d'établissement
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRUCQ : commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge
CTE : comité technique d'établissement
DSV : direction des services vétérinaires
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI : évènement indésirable
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
FAM : foyer d'accueil médicalisé
HAS : Haute Autorité de Santé
HL : hôpital local
IDE : infirmière diplômée d'état
IME : institut médico – éducatif
MAS : maison d'accueil spécialisée
MPE : malnutrition protéino – énergétique
PAQ : programme d'amélioration de la qualité
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PPP : contrat de partenariat public – privé
PPR : programme de prévention des risques
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : service de soins de suite et de réadaptation
SWOT : Strengths, weaknesses, opportunities, threats (soit : forces, faiblesses, opportunités et menaces)
UG : unité gériatrique
USLD : unité de soins de longue durée

Propos préliminaires

Il me semble important de présenter succinctement l'Hôpital Local de Muret avant de débiter ce mémoire. Ceci permettra de mieux appréhender la diversité des publics accueillis et donc les enjeux auxquels doit répondre la prestation restauration dans leur prise en charge.

L'Hôpital local de Muret se situe au sud de Muret, sous-préfecture de 24 000 habitants à 20 kms au sud de Toulouse sur l'axe autoroutier Toulouse-Tarbes.

En 1952, l'hospice de Muret est divisé en deux bâtiments de 80 lits chacun : Maison de Retraite (valides) et Hospice (invalides).

En 1980 : est créé le Centre de Long Séjour (CLS) dans l'enceinte de 2 structures existantes pour personnes handicapées mentales créées en 1969 (institut médico-éducatif et maison d'accueil spécialisée).

Dès lors, 3 entités juridiques différentes et autonomes cohabitent :

- IME : institut médico-éducatif (enfants et adolescents handicapés)
- MAS : maison d'accueil spécialisée (adultes lourdement handicapés)
- CLS/MR : Centre de Long Séjour / maison de retraite

Pour autant, certains services sont communs : administration, cuisine, blanchisserie, ateliers, standard, pharmacie.

En 1993 un foyer pour adultes handicapés est créé par transformation de lits de l'IME.

Face aux difficultés de gestion de cet ensemble complexe, le regroupement des structures est envisagé en 1995, ce afin d'améliorer et de rationaliser l'organisation et la gestion des établissements. Par conséquent l'entité juridique « Hôpital Local » est créée par un arrêté préfectoral en date du 22 février 1995. La capacité globale de l'établissement est fixée à 324 lits et places, et le « Centre de Long Séjour » devient « l'Unité de Soins de Longue Durée ».

En 2005 est obtenu un agrément pour un service de médecine gériatrique de 7 lits et un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 13 lits (mis en place progressivement à compter de 2006 par transformation de lits de « long séjour »). « L'Unité de Soins de Longue Durée » devient « l'Unité Gériatrique ».

Un Service de Soins Infirmier à Domicile (SSIAD) est mis en place en 2006, initialement de 25 places ensuite portées à 40 places.

La même année l'agrément de l'IME est modifié, avec la création d'un hébergement temporaire de 3 places pour les enfants handicapés, portant la capacité de cette unité à 71 lits. Est également créé un centre d'accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés de 12 places.

En avril 2007 la certification V2 est obtenue sans réserve par les experts évaluateurs de la HAS (Haute Autorité de Santé) pour l'USLD.

En 2008 la capacité globale théorique de l'établissement est de 400 lits et places et se décompose en un pôle gériatrique, un pôle handicap et un pôle transversal.

Pôle gériatrique :

Unité gériatrique :

- 60 lits de « soins de longue durée » (agrément de 80 lits)
- 7 lits de médecine gériatrique
- 13 lits de « soins de suite et de réadaptation »
- 1 lit d'hébergement temporaire
- 12 places d'accueil de jour
- 1 pôle gérontologique d'accueil, d'information et d'orientation
- 1 consultation gériatrique, adossée à ce pôle

EHPAD

80 lits d'EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

SSIAD : Service de Soins à Domicile de 40 places.

Pôle handicap

IME

Il accueille des enfants et adolescents de 3 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle profonde et moyenne pour y suivre des activités et des soins spécialisés :

- 40 places en internat
- 3 places en hébergement temporaire
- 20 places en semi-internat
- 8 enfants en placement SESSD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) avec intégration scolaire.

Sa capacité est de 71 places.

FAM

D'une capacité de 24 places, il accueille des adultes handicapés mixtes à partir de 20 ans dont l'autonomie relative nécessite cependant un minimum de prise en charge des actes quotidiens.

- 20 places en internat,
- 3 places en semi-internat,
- 1 place en accueil temporaire.

MAS

D'une capacité de 72 lits, elle accueille des personnes mixtes adultes, lourdement handicapées, tant sur le plan intellectuel que moteur ou sensoriel. Ces handicaps associés ou non, rendent ces personnes incapables d'accomplir les actes essentiels de la vie et ont besoin d'un suivi médical et de soins constants.

Pôle transversal

Il a pour mission d'assurer le fonctionnement quotidien de l'établissement et est composé de :

- pôle administratif
- pôle pharmacie
- pôle logistique (blanchisserie, cuisine, services techniques)

L'HL a plusieurs projets architecturaux prévus ou en cours.

Sur le secteur personnes âgées, est en cours la reconstruction de l'unité gériatrique d'une capacité de 103 lits et 12 places. Le début des travaux est effectif depuis le mois de mai 2008 et la fin est programmée en septembre 2010.

Sur le secteur personnes handicapées, la modification de l'agrément de la MAS est prévue afin de créer 8 places supplémentaires et reconnaître un secteur «autistes » de 20 places portant la capacité à 80 places. La réflexion sur le projet de reconstruction de ce service est entamée.

Le projet de reconstruction de l'IME est également en cours de réflexion.

Enfin, le projet de reconstruction d'un pôle logistique en priorisant la cuisine centrale fait également l'objet d'un travail d'élaboration.

Introduction

« Le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours ; il peut s'associer à tous les autres plaisirs, et reste le dernier à nous consoler de leur perte »
Brillat-Savarin *Physiologie du goût* (1848)

La société française est imprégnée des valeurs sociales et culturelles que représentent la table et la bonne chère. Le plaisir de manger et les spécificités des goûts individuels influencent l'alimentation de tout individu pouvant exprimer son libre choix. Toutefois, lorsque les personnes perdent leur autonomie et sont accueillies en institution, elles sont souvent dépourvues de cette discrétion dans le choix du contenu de leur assiette, puisqu'il peut advenir que leur établissement ne propose qu'un menu unique. Ces clientèles considérées comme « captives » peuvent aussi bien être des personnes âgées vieillissantes que des jeunes ou des adultes handicapés.

Par conséquent, lors de toute réflexion sur les modalités de prise en charge des personnes accueillies en institution, une étape incontournable pour l'équipe de direction est celle des choix à opérer en matière d'alimentation et de restauration.

Il est donc indispensable pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de prendre en considération la prestation repas dans leur fonctionnement interne et de réfléchir à l'optimisation d'une telle prestation.

Selon la taille de l'établissement, son environnement, le type de public accueilli, les choix peuvent varier.

Différentes options sont envisageables : une cuisine interne faisant l'intégralité de la fabrication, une cuisine interne d'assemblage, une cuisine externalisée, l'absence de cuisine propre à l'établissement, celui-ci se faisant livrer des repas par une entreprise spécialisée ou un établissement proche assurant la livraison à l'extérieur de sa production.

Chacune de ces possibilités présente des avantages comme des inconvénients et le choix de l'une ou l'autre découle certes de particularités propres à l'historique de l'établissement mais également et surtout des orientations données aux projets institutionnels à long terme.

Dans le cas de l'Hôpital Local de Muret, un pôle logistique a été construit dans les années 60, comprenant une cuisine et une blanchisserie sur 2 niveaux (rez-de-chaussée et 1^{er} étage). Le bâtiment actuel est donc relativement ancien et ne correspond plus exactement aux normes de fonctionnement aujourd'hui exigées dans ce cadre. L'obtention du renouvellement de l'agrément de la Direction des Services Vétérinaires a nécessité une modification dans l'organisation de ce service, quelques travaux de rafraîchissement du bâti et le renouvellement de certains équipements. Le mode de fonctionnement de la cuisine a également fait l'objet d'une réflexion afin d'améliorer la prestation repas.

La politique de l'Hôpital Local de Muret étant centrée autour de la personne accueillie, le choix de l'établissement a toujours été de maintenir sa cuisine en interne, en favorisant les moyens de ce maintien et en cherchant à revenir à une cuisine traditionnelle de qualité.

Cette recherche d'une amélioration constante de la qualité des repas servis est d'autant plus importante que la population accueillie est particulière et multiple. En effet, l'Hôpital Local de Muret est un établissement atypique puisqu'il prend en charge des personnes aux profils variés : des enfants (Institut Médico Educatif), des adultes légèrement (Foyer d'Accueil Médicalisé) ou lourdement handicapés (Maison d'Accueil Spécialisée), et des personnes âgées en court (Médecine), moyen (Service de Soins de Suite et de Réadaptation), et long séjour (Unité de Soins de Longue Durée et Maison de Retraite).

Face à cette diversité des publics accueillis, la prestation restauration doit relever le défi d'être adaptée aux besoins de chacun d'entre eux, ce d'autant plus qu'il s'agit en majorité de résidents de longue durée, l'Hôpital Local étant leur lieu de vie.

Tout l'enjeu réside donc pour la cuisine centrale de l'Hôpital Local en la fourniture de repas de qualité, qui conviennent à la totalité des profils des personnes hébergées, et ce afin d'intégrer le repas dans une démarche de prise en charge adaptée.

Cet objectif est d'autant plus difficile à atteindre que la restauration collective est soumise à des contraintes propres, sans négliger les implications financières de telles questions.

De plus, à l'heure actuelle, l'activité des établissements publics de santé est contrainte à des objectifs forts de rationalisation, ce qui n'est pas sans effets sur le périmètre d'action des gestionnaires d'établissement. Dès lors, la question se pose de savoir quelles sont les marges de manœuvre dont disposent les établissements sanitaires et médico-sociaux pour assurer une prestation restauration de qualité en interne.

Le présent mémoire s'attache donc à étudier la stratégie développée par l'Hôpital Local de Muret pour assurer une prestation cuisine de qualité, adaptée aux besoins de la double prise en charge, sanitaire et médico-sociale.

Le maintien d'une cuisine en interne présente un certain nombre de contraintes qui conduisent à s'interroger sur la pertinence d'un tel choix. A travers mes recherches bibliographiques, mes observations sur le terrain et les entretiens que j'ai menés auprès des principaux acteurs de cette prestation restauration, j'ai néanmoins pu dégager des éléments conduisant à conforter ce choix du maintien en interne, à condition que ce choix soit pensé en amont et que l'optimisation de la prestation soit un objectif clairement fixé.

La première partie de ce mémoire s'attachera donc à mesurer la place de l'alimentation dans la prise en charge des personnes accueillies en institution sanitaire et médico-sociale et son impact sur les choix institutionnels relatifs au mode de prestation restauration (partie I). Le choix effectué par l'HL de Muret est celui du maintien d'une cuisine centrale en interne, ce qui n'est pas sans poser quelques contraintes à surmonter (partie II). En l'espèce, l'HL a fait ce choix afin d'optimiser la qualité de la prise en charge des résidents¹ accueillis, en faisant appel pour cela au secteur privé dans un but de maillage productif de compétences. Nous analyserons les éléments ayant déterminé ce choix et les perspectives d'amélioration de la prestation restauration de Muret au regard de son potentiel actuel (partie III).

¹ Précision terminologique : le terme de « résident » sera employé au cours de ce mémoire de manière générique, englobant à la fois les patients accueillis en court et moyen séjour, les enfants, jeunes, et adultes handicapés et les personnes âgées accueillies en soins de longue durée ou à l'EHPAD.

1 La prestation restauration, un élément incontournable de prise en charge des personnes accueillies en institution

La question de la promotion de la qualité de l'alimentation dans un objectif de prise en charge adaptée est une préoccupation qui oriente l'activité et les choix individuels et collectifs à des niveaux divers, mais avec une intensité équivalente.

Qu'il s'agisse de préoccupations subjectives et individuelles jusqu'à l'objectif d'une politique à l'échelle d'un Etat voire de la Communauté Européenne, en passant par la mise en œuvre concrète par les acteurs de la prise en charge hospitalière, tous les intervenants sur cette question orientent leur activité autour des mêmes objectifs globaux.

1.1 L'alimentation, une préoccupation française qui dépasse les dimensions culturelles et symboliques

Comme l'écrit Jean Anthelme Brillat-Savarin, épicurien et illustre gastronome français, « Si les peuples étaient reconnaissants, qui mieux que les Français auraient dû élever à la Gourmandise un temple et des autels ? »².

Dans le pays dont la cuisine a été à l'origine de l'appellation internationale de « grande cuisine », dont un groupe de gastronomes et de chefs milite pour qu'elle entre dans le patrimoine mondial de l'UNESCO, en cela appuyés par le Président de la République³, la question de la qualité du contenu de l'assiette prend inévitablement une dimension culturelle incontournable.

La culture alimentaire française a développé de façon très importante la dimension hédoniste, que ce soit par la convivialité, le partage ou le goût. La littérature française en atteste, qui de *Gargantua*⁴ à *La Première Gorgée de bière et autres plaisirs minuscules*⁵, fait l'apologie de la bonne chère et des plaisirs procurés par la nourriture et la boisson.

La conception française fait référence à la qualité des produits, au goût, à l'origine et au culinaire alors qu'en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, elle se situe du côté de la nutrition. Il semblerait que les représentations sociales françaises évoluent lentement vers cette dimension plus rationnelle et fonctionnelle. En 2006, comme en 2002 dans le baromètre de l'INPS, plus le revenu et le diplôme sont élevés et plus cette dimension nutritionnelle augmentait.

² Brillat Savarin, *Physiologie du goût*, Méditation XI (1848)

³ Le Monde du 24 février 2008

⁴ Rabelais, *Gargantua* (1535)

⁵ Ph. Delerm, *La Première Gorgée de bière et autres plaisirs minuscules* (1997)

A l'heure actuelle, pour un français sur cinq, se nourrir est d'abord une nécessité. La recherche du plaisir arrive en deuxième position mais, désormais, elle est presque rattrapée par une préoccupation : l'incidence de l'alimentation sur la santé. Les deux dernières décennies ont vu l'augmentation régulière de la sensibilité des consommateurs à l'importance du bien manger pour leur santé.

Placé résolument sur le plan d'un certain hédonisme, notre rapport à l'alimentation est en train de changer : on cherche de plus en plus à concilier le cœur de la culture culinaire, la diversité des aliments et une réponse aux préoccupations santé⁶.

Ce besoin émergent en matière de repères nutritionnels a trouvé une réponse au niveau national puisque les pouvoirs publics ont élaboré en 2001 un Programme National Nutrition Santé⁷ (PNNS).

Le premier PNNS a établi un socle de repères nutritionnels qui constitue désormais la référence française officielle. Conformément à la culture alimentaire française, ils associent à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité. Ils ont été validés scientifiquement et sont reconnus pour leur pertinence.

La politique nutritionnelle a été graduellement renforcée et l'Etat a augmenté de 30% par an les moyens qu'il lui a consacrés en 2006 et 2007 (dès 2007, 47M€ ont été consacrés à la politique de nutrition en France, doublant ainsi les moyens de la politique nutritionnelle).

De nombreuses préconisations sont issues de ce programme, comme un guide nutrition à partir de 55 ans destiné aux aidants des personnes âgées, qui a été distribué en 2006.

Le PNNS prévoit la généralisation d'ici 2010 des Comités de Liaison Alimentaire Nutrition (CLAN) dans les établissements de soins, avec des regroupements possibles pour les établissements de plus petite taille.

Dans le cadre du PNNS un comité d'orientation a travaillé sous la présidence du Professeur Claude Ricour pour déterminer les axes d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé⁸.

Suite à ce premier PNNS, fut élaboré le PNNS 2, fondé sur les recommandations du rapport que le Pr. Serges Hercberg a remis le 4 avril 2006 au Ministre de la Santé et des Solidarités, à sa demande. Il intègre également les apports des travaux du Conseil

⁶ source : étude du CRÉDOC, Baromètre des perceptions alimentaires juillet 2007

⁷ (qui fait de la France le premier pays européen à disposer d'une telle stratégie d'ensemble)

⁸ A l'issue de ces travaux un rapport sur « la mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé » fut remis au Ministre de la Santé en décembre 2002.

National de l'Alimentation et de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé⁹.

L'implication des pouvoirs publics français dans l'élaboration d'une politique nutritionnelle est en phase avec les préconisations établies au niveau de la Communauté Européenne.

La résolution ResAP(2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux, adoptée par le Comité des Ministres le 12 novembre 2003 rappelle que l'accès à une alimentation variée, saine et sans risque est un droit fondamental de l'être humain. A ce titre le Conseil de l'Europe recommande aux gouvernements des Etats membres de l'Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique (dont la France est membre) d'élaborer et de mettre en œuvre des recommandations nationales sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux ; de promouvoir la mise en œuvre des principes et mesures qu'il énonce et de prendre des dispositions pour les faire appliquer dans des domaines qui ne relèvent pas de la responsabilité directe des gouvernements.

Ces grands principes d'action étant posés il convient ensuite pour l'ensemble des acteurs concernés de les mettre en place. Les directeurs d'établissement d'hébergement de personnes dépendantes font donc partie intégrante de cette chaîne d'action, dans la mesure où ils se doivent de faire établir en pratique dans leur établissement ces préconisations de grande échelle.

L'alimentation renvoie à nos trajectoires de socialisation, les préférences alimentaires étant d'origine culturelle. Elles sont connotées par nos origines sociales, nos possibilités économiques, notre niveau d'études, nos croyances religieuses et philosophiques. Elles dépendent aussi de notre histoire familiale.

Deux phénomènes sont essentiels pour comprendre la représentation symbolique des aliments consommés par les personnes âgées : la consubstantialité¹⁰ et le lien social qu'exprime l'aliment.

La consubstantialité est une croyance universelle qui prête à l'aliment ingéré la possibilité de nous transformer, par conséquent un aliment peut être considéré comme détenteur de vertus magiques. A contrario d'autres aliments peuvent être à l'origine de refus forts.

L'aliment et son partage expriment une appartenance et un lien social. Les produits utilisés peuvent évoquer un territoire précis qui rassurera le mangeur sur son identité. Les formes du partage affirment et renforcent les liens sociaux d'appartenance et

⁹ source : Synthèse du Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010

¹⁰ mythe selon lequel on devient ce que l'on mange

de reconnaissance. Ces fonctions symboliques de l'aliment, toujours porteur d'informations hédoniques, sont particulièrement accentuées avec le vieillissement.

Par conséquent, la connaissance de ces fonctions symboliques de l'aliment permet d'orienter la prise en charge des personnes âgées de manière adéquate par rapport à leurs représentations et leurs besoins.

1.2 Le repas, au centre d'une réflexion relative à la prise en charge

Dans tout établissement accueillant des personnes pour un long ou un court séjour, la question du repas est incontournable. En fonction du public accueilli l'alimentation peut avoir une dimension différente, tout en jouant un rôle essentiel dans la démarche de prise en charge.

La particularité de l'HL de Muret est qu'il accueille des patients et des résidents aux profils très différents en séjour de courte, de moyenne et de longue durée. Par conséquent il concentre en un même lieu des populations aux besoins divers (jeunes, adultes et âgées), auxquels il faut répondre en s'efforçant de ne pas se trouver dans un compromis mais dans une prise en charge la plus personnalisée possible.

Dès lors, la réflexion autour de la place de l'alimentation dans la prise en charge s'oriente essentiellement autour de trois dimensions : soin, éducation et plaisir.

1.2.1 Dimension soins

La dimension soins est celle qui prédomine généralement dans la réflexion consacrée aux fonctions de l'alimentation dans la prise en charge des personnes âgées.

Les personnes âgées placées en institution souffrent fréquemment de dénutrition, c'est à dire du résultat d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme. En effet la prévalence¹¹ de la malnutrition à domicile est estimée à 3% de la population âgée, contre 50% à l'hôpital et en institution gériatrique. La malnutrition protéino-énergétique (MPE) est globalement sous-estimée, les études portant plutôt sur les « vieux adultes » que sur les grands vieillards (85 ans et plus) qui sont pourtant les plus souvent victimes de malnutrition.

La dénutrition résulte généralement d'un insuffisant apport en énergie, d'un déficit en protéine et de carences en micronutriments. Ce constat est d'autant plus dramatique que, du fait de leur pathologie, ces personnes ont des besoins en énergie et protéines augmentés. De plus, comme le souligne le Dr Laval, praticien hospitalier au sein de

¹¹ fréquence d'une maladie dans une population donnée

l'Unité Gériatrique de l'HL de Muret, « Les pathologies et la dépendance font le lit de la malnutrition et les maladies dégradent l'état nutritionnel »¹². Par conséquent le sujet âgé malnutri est entraîné dans un cercle vicieux, une spirale de la dénutrition : la MPE entraîne la MPE qui s'aggrave à chaque déstabilisation.

Les complications liées à la dénutrition entraînent souvent des hospitalisations de longue durée, sources de rupture avec le milieu environnant habituel, dont la conséquence principale est une impossibilité de retour à domicile et un placement en institution.

Pour autant, malgré l'importance de ses conséquences, la dénutrition n'est pas suffisamment perçue comme un problème de santé par les professionnels. Elle est en effet considérée comme un problème d'alimentation et n'est pas suffisamment prise en charge par le système de soins, sauf lors des complications importantes retentissant sur l'état général.

Comme le souligne le rapport Ricour¹³ « Les personnels de service de soins qui assurent les fonctions alimentaires ont un rôle psychologique essentiel à la réussite de la mission de la restauration. Toutefois ce rôle est source d'ambivalences car la fonction thérapeutique de l'alimentation, si elle est perçue, n'est pas totalement intégrée dans les pratiques et l'organisation des services de soins. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur les dimensions thérapeutiques de l'alimentation afin d'accorder une légitimité médicale aux actes qui accompagnent le service des repas».

La dimension thérapeutique de l'alimentation peut être valorisée auprès du personnel soignant par le biais de la création de groupes de travail spécifiques. Ainsi à l'UG de l'HL de Muret a été créé un groupe de travail dont le thème est « Nutrition, Hydratation et Fausses Routes ».

La composition de ce groupe est la suivante : 1 médecin, 1 diététicienne, 1 cadre de santé, 2 IDE, 3 AS, 2 hôtelières. En plus de cet effectif, des personnes considérées comme « personnes ressources » peuvent intervenir lors des réunions du groupe. Il s'agit d'1 médecin, 1 IDE, 1 AS, 1 responsable cuisine et 1 orthophoniste.

Le thème choisi est en apparence large mais en réalité les 3 thématiques sont étroitement liées. Pour l'instant le groupe travaille principalement sur les outils et les supports relatifs au dossier patient, il s'agit donc essentiellement d'un travail interne. A terme, le but recherché par cette composition du groupe (avec les personnes ressources) est de permettre des échanges entre l'ensemble des participants de la chaîne de

¹² Dr Laval, *La dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, documentation interne USLD - HL de Muret

¹³ Rapport du Pr C.Ricour sur « la mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé », remis au Ministre de la Santé en décembre 2002

prestation restauration, ce qui permettra de réajuster certains modes de fonctionnement. Par exemple le personnel soignant pourra travailler directement avec la cuisine sur la question de la texture des enrichis, qui peuvent provoquer des fausses routes si ceux ci sont trop liquides.

Les outils de travail qui sont revus lors de ces réunions sont ensuite insérés dans le dossier patient.

Ce lieu d'échanges sur les pratiques professionnelles est particulièrement important à l'UG de Muret puisque l'aide à la prise alimentaire est nécessaire pour 70% de la population accueillie et concerne tous les soignants. Les troubles de la déglutition peuvent avoir des conséquences graves telles que dénutrition, déshydratation, pneumopathie et parfois décès. De plus 90% de la population de l'USLD présentent une pathologie neurologique (vasculaire, traumatique ou dégénérative), susceptible d'entraîner des troubles de la déglutition dont les conséquences sont graves en terme de morbi-mortalité.

Différentes fiches sont élaborées en groupes thématiques, qui sont ensuite insérées dans un classeur d'information, mis à la disposition de l'ensemble du personnel.

Au delà de l'apport technique que peut représenter ce travail sur le plan des pratiques professionnelles, l'idée sous tendue est celle que l'acte de restauration est en soi un acte de soin et doit donc être effectué avec la même attention.

En tant que moment de plaisir et de détente, de soulagement de l'angoisse face à la maladie, surtout s'il peut être pris en commun et ainsi diminuer le sentiment de dépendance des patients, le repas peut contribuer à favoriser le processus de guérison. Les qualités organoleptiques et l'agrément de la présentation déterminent fortement la prise alimentaire réelle des patients (d'autant plus qu'ils sont souvent plutôt anorexiques). On voit ici se rejoindre les fonctions confort et les fonctions médicales de l'alimentation.

Il apparaît donc important que cette dimension soit totalement intégrée par les équipes soignantes.

1.2.2 Dimension éducation

L'éducation à la prise de repas équilibrés sur le plan nutritionnel est valable pour l'ensemble des publics accueillis en institution. Une alimentation équilibrée permet de prémunir l'organisme contre des infections extérieures ou des risques d'ordre cardio vasculaire. Par conséquent, les établissements de santé ont par principe une mission éducative à assurer quant aux valeurs nutritionnelles qu'apporte une alimentation saine, afin que les résidents puissent, en sortant de l'établissement, détenir quelques informations clés qu'ils pourront mobiliser dans leur vie quotidienne.

Au delà du volet nutritionnel, la prise en charge des enfants et des personnes handicapées accueillis en institution fait appel à d'autres dimensions éducatives. Ainsi à l'HL de Muret, les éducateurs travaillent avec les résidents grâce à 2 outils : les repas thérapeutiques et les ateliers cuisine.

Les repas thérapeutiques sont des repas servis par la cuisine de l'HL et partagés par les résidents et leurs éducateurs. A travers ces repas est mis en place un travail sur la sociabilisation. L'apprentissage des règles de courtoisie, l'instauration d'un dialogue dans un moment de convivialité, doivent permettre aux enfants et aux adultes handicapés, d'échanger librement et calmement. La démarche de travail des éducateurs est donc d'apprendre aux résidents à temporer leur agitation et à respecter les autres à travers le partage d'un même plat. Le fait d'être assis autour d'une table avec un plat commun à partager permet un travail éducatif qui ne peut avoir lieu si les repas sont proposés sous la forme de plateaux repas à prendre isolément, dans une logique de fonctionnement purement hospitalier. A Muret, les enfants accueillis en IME, tout comme les adultes accueillis à la MAS et au Foyer, le sont pour des durées longues. L'institution constitue leur lieu de vie. Il est donc d'autant plus important de pouvoir reconstituer à travers le moment du repas une représentation de normalité, d'un ordinaire de la vie de personnes vivant à leur domicile, en famille.

Les enfants de l'IME ont des préférences culinaires propres à tous les enfants de leur âge. Le repérage temporel de certains plats est l'occasion de réjouissances, en même temps qu'il structure leurs repères. Ainsi le jeudi midi, jour des frites, est attendu avec impatience et j'ai pu observer qu'une défaillance dans la prestation servie (quantité insuffisante, modification du menu au dernier moment,...) peut avoir des conséquences sur le comportement de certains. La frustration ou la perte du repère peuvent se manifester par une perturbation ou une agitation marquée, qui seront autant de difficultés supplémentaires à gérer les heures suivantes par les équipes éducatives.

Le rapport à l'alimentation est également traité à travers des activités éducatives sous forme d'ateliers, tels que les ateliers cuisine. Dans cette même logique d'apprentissage d'autonomisation, tout un travail éducatif est opéré autour de la préparation d'un repas par les résidents, qui sera ensuite dégusté par l'ensemble du groupe. Dans le cadre de ces ateliers, la démarche éducative va de l'élaboration du menu, en passant par la sortie pour faire les courses au supermarché, jusqu'au partage du repas. L'association des résidents à l'ensemble de ces étapes permet un travail éducatif sur plusieurs points, visant à favoriser l'autonomisation de l'enfant ou de l'adulte handicapé, en vue de sa sortie de l'institution. Tout d'abord, cette démarche permet de

susciter une certaine expressivité quant aux préférences (pour la composition du menu par exemple), de confronter ces idées à la réalité, à la fois sur le plan économique (le prix des aliments par rapport au budget disponible) et sur le plan technique (la faisabilité de certains plats).

Envers les enfants souffrant de troubles de l'alimentation, pour qui le rapport à la nourriture peut être d'attraction ou de répulsion, l'accompagnement proposé par l'éducateur peut être un apport et une aide.

Enfin, et c'est là encore une recherche constante de prise en charge, ces ateliers cuisine font participer les résidents à une activité, dans l'esprit du « comme à la maison », c'est à dire en essayant de recréer une ambiance familiale rassurante autour d'une activité de la vie quotidienne.

1.2.3 Dimension plaisir

La dimension plaisir de l'alimentation comprend à la fois des notions de plaisir physique et de plaisir liés à la sociabilité.

La notion de plaisir ou d'hédonisme repose sur un aspect physiologique du goût. L'aliment ingéré livre des informations captées par la langue, la bouche et le nez. Ces informations circulent jusqu'à notre cerveau d'une façon inconsciente puis consciente. Lorsque l'on parle de réflexe hédonique à propos de prise alimentaire, on se réfère au premier niveau inconscient, relevant de l'approche neurophysiologique d'un centre nerveux hypothalamique. Sauf lésions de ces centres nerveux, le principe d'hédonisme et l'information sensorielle paraissent bien exister jusqu'à la fin de la vie. Simplement les situations et les rituels de perception des saveurs comme la verbalisation que l'on peut en faire risquent de varier davantage¹⁴.

Cette dimension plaisir est très importante pour tous les publics accueillis en institution, mais encore davantage pour les personnes ayant perdu leur autonomie. En effet celles ci n'ont plus aucune activité propre, par conséquent la nourriture devient une préoccupation principale qui constitue un lien avec la vie normale. Le repas demeure l'une des rares activités de l'institution sur laquelle l'utilisateur est capable de porter un jugement. La prise en compte des particularismes alimentaires est une marque de respect de l'identité du résident, respect qui participe à la dimension thérapeutique du repas. Dans

¹⁴ CORBEAU J-P., 2002, *Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé*, in *Nutrition de la personne âgée*, Paris, Masson, pp 281-290

l'idéal il faudrait rapprocher les modes alimentaires en établissement de ceux que les résidents ont connu à domicile.

La personne âgée n'a pas forcément choisi de vivre en collectivité. Elle a du faire le deuil de son mode de vie et de son milieu habituel. Or les facultés d'adaptation se perdent au long de la vie. Une insatisfaction prolongée se répercute souvent par un refus de participer à la convivialité de l'établissement ou/et par des plaintes plus ou moins fondées.

La prise en considération du facteur plaisir des personnes accueillies apparaît donc importante et implique que le personnel prépare avec soin le contexte de la prise des repas. Cela se manifeste par des détails, tenant autant à la présentation de la table (nappe, fleurs), qu'à la présentation de l'assiette (assiettes en porcelaine, à bords larges, efforts de présentation des plats, découpe préalable des morceaux pour faciliter la prise alimentaire des personnes qui éprouvent des difficultés à manipuler les couverts), ainsi qu'à l'installation du résident (chaise confortable adaptée à la morphologie du résident, rapprochée de la table). L'absence de telles précautions, qui en soit peuvent être considérées comme des détails, peut générer des frustrations, qui, si elles perdurent dans le temps de manière répétitive, peuvent conduire à l'effet inverse de celui visé (désintérêt des résidents pour le repas servi, et donc moindre alimentation qui peut générer à terme une dénutrition). J'ai ainsi pu observer lors d'un repas de fête, la frustration de certaines personnes âgées devant leur assiette, qui, ne parvenant pas à découper leur viande, finissaient par jeter leurs couverts avec un dépit d'autant plus important que les mets proposés sortaient de l'ordinaire de leurs menus.

Certes, ces efforts supplémentaires demandent du temps aux équipes à un moment déjà intense en travail, mais bien souvent un investissement supplémentaire infime accélère la satisfaction finale de manière exponentielle.

L'alimentation comprend des symboliques fortes liées à la sociabilité.

Manger, c'est communiquer. En faisant preuve de curiosité, d'ouverture, on cherche à rencontrer et à comprendre la différence, et ainsi, saisissant l'altérité, on construit ou reconstruit mieux son identité.

Manger peut aussi signifier le repli, l'enfermement sur soi. Consommer l'aliment devient un acte solitaire, égotique. Manger équivaut à se fermer. Cette négation de soi peut aller jusqu'au refus alimentaire, qui constitue une rupture – suicidaire lorsqu'elle perdure – de l'ultime lien social, du support concret d'une communication avec l'environnement.

Ces trois types de rapport à la nourriture s'imbriquent dans des processus relationnels accentués par le grand âge et débouchent sur des formes de sociabilité. Celles-ci peuvent être considérées comme alimentaires mais renvoient, finalement, à l'intégration du sujet dans un groupe d'appartenances ou à l'image qu'il s'en fait, ainsi qu'à sa volonté d'entretenir des références culturelles.

L'alimentation des personnes âgées permet donc la compréhension et la connaissance de la qualité de l'environnement (lien social, existence d'interrelations, assistance, dépendance, etc.) et celles de l'état psychologique et physiologique de la personnalité (identité).¹⁵

Par conséquent, il est important pour le personnel soignant de maîtriser toutes les symboliques de comportement alimentaire chez le sujet âgé, afin de les détecter pour éventuellement les dédramatiser et les corriger. Jusqu'au dernier moment, il faut s'efforcer de maintenir le lien social à travers le partage alimentaire, de valoriser et respecter les préférences et les plaisirs gustatifs dont on sait qu'ils sont ressentis même s'ils ne sont plus exprimés.

Pour qu'à l'ensemble de ces enjeux de prise en charge il soit répondu, il est nécessaire que des objectifs clairs les prenant en compte soient définis au niveau des choix institutionnels, qu'il s'agisse des objectifs fixés à l'établissement dans son ensemble ou aux services en particulier, comme des choix opérés sur le plan financier par la Direction, déterminant les modalités de la prestation restauration.

1.3 Une prise en considération relayée au niveau des objectifs et choix institutionnels

Les préconisations théoriques doivent trouver un écho dans les objectifs fixés à l'établissement en général et aux services en particulier. Ces engagements ont des répercussions financières, c'est pourquoi il convient de réfléchir précisément à l'optimisation du mode de prestation restauration choisi par l'établissement.

1.3.1 La place de l'alimentation dans les objectifs institutionnels

Au sein d'une structure à la fois sanitaire, sociale et médico-socio-éducative, le projet d'établissement qui définit les objectifs généraux de l'établissement dans les domaines médical, paramédical, social, éducatif et pédagogique, est le fondement de

toute politique : budgétaire, financière, sociale, hôtelière, architecturale, de formation, de recrutement, etc...

La démarche du projet d'établissement est l'expression d'une cohérence globale. Le projet d'établissement oriente et est la référence dynamique d'évolution d'une structure. Les valeurs qui sous-tendent ses missions sont des valeurs de service public et peuvent en particulier s'orienter autour de la qualité de la prise en charge des patients et résidents comme c'est le cas affiché pour l'Hôpital Local de Muret. En effet le projet d'établissement en place mentionne « L'établissement est au service du résident qui a des droits et doit donc bénéficier de tous les égards d'ordre psychologique, médicaux, de citoyenneté, etc. Le résident est au centre du dispositif ».

Placer ainsi le résident au centre du dispositif de ce document institutionnel ne peut se concevoir que si cette volonté affichée est déclinée dans les projets de services et si des modalités d'amélioration de la qualité de la prise en charge sont mises en œuvre de manière concrète et pérenne. L'octroi par l'ANAES de l'accréditation V1, puis par l'HAS de la certification V2 sont un moyen d'attester de l'engagement réel d'un établissement dans cette démarche.

A l'HL de Muret, qui a obtenu la certification V2 en avril 2007¹⁶, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques 2007, prévoit ainsi plusieurs objectifs de travail relatifs à la prestation restauration de l'HL, sous la responsabilité du directeur des services logistiques.

Il s'agit notamment :

- D'améliorer les possibilités de choix et de variété offertes aux patients et résidents en matière de restauration. L'indicateur choisi est l'évaluation des menus proposés.
- De repréciser l'organisation des commandes des repas des accompagnants (surtout les délais de communication et les modalités).
- De formaliser les procédures de commande des repas, y compris en urgence
- De réorganiser et formaliser les procédures de commande et d'approvisionnement concernant les produits alimentaires
- D'augmenter l'amplitude horaire entre les repas du jour et diminuer celle entre le repas du soir et le petit déjeuner

¹⁵ *ibid.*

¹⁶ Accréditation V1 obtenue en 2002 et certification V2 de l'Unité de Soins de Longue Durée obtenue en avril 2007.

- De poursuivre la mise en forme qualité du système documentaire HACCP et sa validation en CLIN.

Dans le but de poursuivre la démarche qualité selon les recommandations du rapport de certification V2, le programme d'amélioration des risques pour 2008 reprend certains items de 2007 et en prévoit d'autres. Ainsi pour 2008 il est prévu :

- D'élaborer les procédures de commandes et d'approvisionnement des repas, y compris en urgence,
- D'élaborer les procédures de commandes et d'approvisionnement en produits alimentaires et diététiques,
- D'actualiser le système documentaire relatif à la restauration au sein de la cuisine centrale, des cuisines relais et des offices,
- De rédiger les procédures de réalisation des ateliers cuisines au sein des secteurs,
- De programmer et actualiser la formation des agents de la cuisine centrale et former les agents hôteliers des services à l'HACCP.

Ces programmes d'amélioration, sont validés aux instances (CTE, CME et CA), ce qui rend leur poursuite impérative pour les différents acteurs qu'ils concernent.

De plus, dans le cadre de la démarche qualité, certains programmes sont inscrits au plan de formation continue de l'établissement, comme par exemple la formation sur la dénutrition protéino-énergétique.

Ainsi la recherche d'amélioration de la qualité de la prestation restauration est affichée, au même titre que la démarche d'amélioration des soins.

1.3.2 Les répercussions financières sur le budget de l'établissement du choix de modes de prestation restauration

Différentes modalités de prestation restauration existent pour un EPS.

- La livraison des repas par un prestataire extérieur
- L'élaboration des repas dans une cuisine mise en commun avec d'autres établissements
- L'élaboration des repas dans une cuisine externalisée propre à l'établissement
- L'élaboration des repas dans une cuisine interne avec du personnel de l'établissement, la fourniture de denrées pouvant être à des niveaux variables de préparation (cuisine intégrale jusqu'à la cuisine simplement d'assemblage).

Le choix d'une cuisine externalisée propre à l'établissement peut être intéressant pour les établissements qui ont une structure éclatée en différents sites et où le portage des repas vers l'ensemble des sites n'impose pas naturellement le choix d'une cuisine interne à un site particulier. De même, la mise en commun d'une cuisine avec d'autres établissements peut être facilement choisie si l'établissement s'inscrit dans un réseau de coopération sanitaire ou médico-sociale ou s'il est à proximité d'un autre établissement pourvu d'une cuisine bien équipée qui peut lui proposer une mise à disposition de ses locaux pour l'élaboration de repas destinés à l'établissement moyennant une participation financière ou une mise à disposition d'une partie de son personnel cuisinier.

Les établissements qui présentent un profil de site unique se trouvent donc généralement face à un choix entre les 2 possibilités suivantes : l'externalisation de la prestation restauration ou le maintien en interne de la cuisine centrale.

L'externalisation de la prestation peut consister en l'appel à un prestataire externe privé, qui prépare des repas dans ses propres locaux, et livre les repas prêts à la consommation à l'établissement.

Un Directeur, devant décider quelles modalités il va privilégier pour sa prestation cuisine, établit un compte de résultat prévisionnel pour évaluer le coût d'une cuisine intégrée dans l'établissement par rapport à la passation d'un contrat de prestations avec un prestataire extérieur. Selon le mode de prestation choisi, les charges de la prestation restauration se décomposent de la manière suivante.

Mode de prestation	Hypothèse de la cuisine intégrée à l'établissement :	Hypothèse de l'appel à un prestataire extérieur :
Dépenses d'investissement	immobilisations (bâtiments, matériels et mobiliers)	certaines matériels tels que des réfrigérateurs, des chariots de distribution.
Charges d'exploitation	alimentation, personnel, électricité, eau, charges de fonctionnement, consommables, vaisselle, produits d'entretien, etc.	rémunération du prestataire, alimentation, personnel,...

La comparaison de ces deux modes de prestation fait ressortir certains avantages en faveur du recours à un prestataire extérieur :

- Recours aux connaissances et aux compétences de spécialistes de la prestation
- Sur le plan de la GRH – pas de frais liés à la gestion du personnel, couverture en cas de maladie, assurances des entreprises, souplesse dans l'emploi de personnels compétents, limitation des coûts cachés
- Sur le plan du respect des normes HACCP : délégation au prestataire de la gestion et du suivi des procédures d'hygiène et de sécurité sanitaire : échantillons témoins, traçabilité, etc.
- Transfert de la responsabilité en matière de sécurité sanitaire au fournisseur des repas.
- Gain de place si les locaux de l'établissement ne permettent pas la construction d'une cuisine aux normes pour des raisons d'espace insuffisant.

Une analyse prévisionnelle rapide laisse supposer que le recours à un prestataire extérieur peut être moins onéreux a priori, si la convention établie correspond parfaitement aux besoins déterminés et si l'établissement assure un droit de regard et de contrôle de la prestation servie.

Toutefois un élément doit être pris en compte et sur lequel le choix peut être réorienté, à savoir la qualité de la prestation servie. Il faut que le prestataire soit réactif aux changements, puisse proposer des repas adaptés aux besoins des résidents, variés et dont le coût soit contenu dans les limites fixées contractuellement. Or, en pratique la conciliation de la qualité et du coût réduit n'est pas des plus évidentes. De plus les modes de conventionnement laissent peu de place à l'innovation et la créativité en fonction des besoins (types de menus pré-établis selon les publics). Par conséquent, la prise en compte de la dimension qualité vient contrebalancer les arguments purement financiers dans le choix final en faveur d'un mode de production interne à l'établissement.

Dans le cas de l'HL de Muret, le choix du maintien d'une cuisine interne a été déterminé par la primauté de cette dimension qualité sur la dimension financière. Concrètement le maintien d'une unité de production alimentaire au sein d'un EPS n'est pas sans poser des contraintes précises, qu'il faut surmonter.

2 Le maintien en interne d'une unité de production alimentaire, un choix demandant de dépasser un certain nombre de contraintes.

La prestation restauration dans un établissement de santé doit relever l'enjeu primordial de l'adaptabilité aux besoins, quel que soit le mode de production alimentaire choisi. Le maintien en interne d'une unité de production alimentaire doit au surplus répondre à des enjeux relatifs à la qualité sanitaire de cette production, qui sont à distinguer des contraintes que présente le maintien d'un outil de production performant.

2.1 Le principal enjeu de la prestation restauration en établissement de santé : l'adaptabilité aux besoins

L'objectif prioritaire de toute prestation restauration en EPS est de répondre aux besoins de manière adaptée. Cela suppose donc en premier lieu une bonne détermination des besoins des publics accueillis et en second lieu une bonne organisation du travail sur l'ensemble de la chaîne de prestation.

2.1.1 L'adaptation nécessaire aux besoins des résidents, variables selon les âges

L'évaluation des besoins est un préalable indispensable à la détermination des adaptations à apporter à la prestation servie. Les outils d'évaluation de l'état nutritionnel permettent de déterminer et de répondre de manière précise aux besoins physiques des personnes accueillies. L'évaluation des besoins psychologiques est également possible par le biais d'outils spécifiques, mais les besoins mis en évidence sont plus complexes à satisfaire en pratique dans un fonctionnement institutionnel.

A) Evaluation des besoins physiques

Dépister une sous nutrition permet de mettre en place des mesures préventives ou correctives pour éviter la spirale de la malnutrition. Des signes d'alertes existent, auxquels il faut réagir en mettant en œuvre des outils de diagnostic qui permettent d'évaluer le niveau de malnutrition de la personne prise en charge.

Cette surveillance est à la fois clinique et biologique. Elle est complétée par des enquêtes diététiques et des outils d'évaluation ciblés (échelle de Tully pour le

comportement au temps du repas, mini nutritional assesment, outil permettant à la fois le dépistage et l'évaluation du risque de dénutrition).

L'évaluation de l'état nutritionnel prend en compte le degré d'autonomie, l'état de dépression et/ou de désorientation, l'évolution pondérale et l'alimentation réellement ingérée (paramètres essentiels pourtant exceptionnellement mesurés).

Ce travail d'évaluation de l'état nutritionnel passe par une collaboration étroite du corps médical, des nutritionnistes et du personnel soignant. Les prescriptions établies par les médecins doivent être relayées par des dispositions prises par les nutritionnistes pour l'élaboration de menus adaptés. Il peut s'agir de spécificités de régime (diabétique, sans sel, etc.) et de texture (repas normal, mouliné ou mixé). Selon les cas et le degré de dénutrition de la personne traitée, des compléments alimentaires peuvent être prescrits ou l'enrichissement de certains plats. Dans ce cas, le nutritionniste travaille avec la cuisine sur les modalités d'enrichissement des plats, ou le type de complément à apporter en fonction des repas proposés. Le recours à des compléments nutritionnels ne doit intervenir qu'en dernier ressort, à la fois pour des raisons gustatives et financières. En effet de tels produits ne présentent pas les attraits d'un aliment préparé de manière classique qui peut être enrichi (ex : une soupe classique à laquelle on rajoute du fromage et de la crème) et ces produits représentent un coût important, qui a un impact sur les finances de l'établissement si leur emploi est banalisé. Cette tentation est d'autant plus forte que de tels produits demandent moins de temps au personnel soignant pour les faire ingérer, la prise étant à la fois plus facile et plus rapide.

Le diététicien devrait être la clef de voûte de l'architecture fonctionnelle de l'alimentation hospitalière. Or son rôle est parfois minimisé, qui rend difficile un tel positionnement, et cela alors même que la formation du corps médical en nutrition est peu importante.

Le rôle du diététicien impose donc que son temps de présence dans l'établissement soit suffisamment important. Ainsi à l'HL le temps de diététicien a été revalorisé pour atteindre 1 ETP afin de répondre aux besoins croissants.

La revalorisation de cette place du diététicien apparaît donc nécessaire. Celle ci peut se faire grâce à sa contribution à des groupes de travail¹⁷ ou des commissions chargées du plan alimentaire ou du plan de menus.

¹⁷ Ex : groupe de travail « Nutrition, Hydratation et fausses routes » précédemment cité.

B) Evaluation des besoins psychologiques

Comment évaluer le niveau de qualité de la prestation restauration dans un EPS? Par la mesure de la qualité perçue ou la mesure de la satisfaction des besoins du patient. Pour cela on procède à une enquête d'opinion ou enquête de satisfaction.

3 enquêtes¹⁸ réalisées en 94, 95 et 96 sur l'ensemble des hôpitaux de court séjour de l'AP-HP sur des échantillons de 3000 malades ont fait ressortir 4 critères globaux de qualité perçue :

- les horaires : insatisfaction des malades qui mangent en général tard le matin et tôt le soir. Deux limites à de meilleurs horaires : planification des soins qui débutent la journée et amplitude horaire du personnel de restauration
- température des plats servis
- critères de l'offre de choix et respect du choix proposé
- qualité des différents composants du repas, surtout le plat principal

Les critiques à l'égard des repas en milieu hospitalier sont souvent les mêmes quelque soit la taille de l'établissement. Clairement évaluées et identifiées, et toujours valables dix ans après l'enquête citée, ces problématiques sont pourtant rarement résolues aujourd'hui car elles touchent à des éléments complexes de l'organisation générale des services, dont le passage aux 35h a réduit la marge de souplesse de fonctionnement.

De plus, il est à noter que le contexte de séjour en milieu hospitalier transforme les rôles sociaux des individus. L'alimentation devient le centre des critiques en même temps qu'elle s'inscrit dans un paradoxe. Comme le relève le rapport Ricour, « En milieu hospitalier, l'expression de la satisfaction ou de l'insatisfaction de l'utilisateur à l'égard de la prestation alimentaire qui lui est servie, s'inscrit dans un paradoxe. Tout d'abord le malade « retient » ses critiques, mais en même temps, dans les différentes composantes de ce que l'on désigne comme le « service hospitalier », l'alimentation est celle à laquelle les personnels de soins (à l'exception des diététiciennes) s'identifient le moins. Dès lors, les éventuelles critiques faites sur cet objet sont moins « dangereuses », puisque l'on risque moins de vexer les personnels ».

¹⁸ Source : Techniques Hospitalières mai 1998 - Conférence donnée par P. Trochon, Responsable de l'Alimentation AP-HP, le 9 octobre 1997 à Nantes

Les critiques des résidents quant à l'alimentation sont, selon cette logique, parfois simplement l'expression d'un mal être général, la qualité des repas faisant l'objet d'une stigmatisation pas toujours justifiée.

Dans les cas les plus complexes des personnes qui ne peuvent verbaliser leurs besoins (personnes âgées très dépendantes, adultes lourdement handicapés, enfants à tendance autistique ou autre pathologie assimilée), la dimension psychologique des besoins ne peut qu'être évaluée de l'extérieur par l'équipe soignante ou éducative. Seule une connaissance approfondie de la personne permet de donner quelques pistes sur les préférences de celle-ci. Evidemment, une telle évaluation ne peut qu'être approximative et rien ne garantit que ce qui est pressenti comme « bon » pour la personne le soit réellement. Toutefois il s'agit bien souvent du seul moyen disponible.

2.1.2 Une organisation de travail qui réponde à un impératif d'adaptabilité : l'importance de la communication inter-services

Pour proposer un repas de qualité au chevet du résident il s'agit de considérer le travail de l'ensemble du personnel de la chaîne alimentaire. Réussir une prestation repas c'est installer le résident correctement, réussir le service en fonction de sa demande, c'est souvent une succession d'attentions, une somme de petits détails qui renvoient au « comportement » de chaque agent. La coordination entre les services de soins et la cuisine prend donc ici toute son importance.

Généralement, en raison de la séparation du système de restauration et des services de soins, pour les personnels du service de restauration la relation au résident est lointaine et passe par des intermédiaires. Elle ouvre également la porte à des logiques de défausse de responsabilité le cuisinier disant « quand les produits partent de chez nous ils sont parfaits, après nous ne maîtrisons plus ce qui se passe » et les personnels des services de soins s'abritant parfois derrière des formules du type « voila ce que l'on nous envoie de la cuisine... »¹⁹.

Ce phénomène de défausse de responsabilité est un comportement que j'ai pu observer à de nombreuses reprises lors de mes investigations sur le terrain. Les services se plaignent de ne pas disposer du nombre de repas correspondant aux besoins, ou d'erreurs concernant le type de régime ou de texture, tandis que la cuisine se plaint de ne pas être destinataire des bonnes informations actualisées par les services.

¹⁹ Rapport Ricour

Au final, la victime de la somme de ces dysfonctionnements est toujours la même : le résident.

Mais pour résoudre les dysfonctionnements, encore faut-il en identifier les causes. Dans ce but, j'ai procédé à une analyse de l'ensemble du processus de restauration de l'HL, par une investigation sur le terrain²⁰, et à l'aide d'un support d'analyse des risques de type analyse de processus AMDE²¹.

Dans ce support, j'ai identifié 11 étapes de la prestation restauration, sources de dysfonctionnements propres :

1. Détermination du besoin dans les services
2. Formalisation du besoin
3. Communication du besoin (commande)
4. Réception de la commande en cuisine
5. Prise en compte de la commande
6. Production de la commande
 - a. Urgence – livraison
 - b. Normal – stockage
7. Préparation de la livraison
8. Transport
9. Livraison – réception de la livraison
10. Préparation de la distribution
11. Distribution

Le moment du repas en lui même constitue l'objet d'une analyse spécifique, qui relève de l'organisation propre du service et non plus de la communication interservices.

Pour chacune des étapes, le tableau comporte les items suivants :

- quoi ?
- qui ?
- avec quoi ?
- modes de défaillance ?
- causes possibles ?
- effets ?
- moyens de détection et d'alerte ?
- actions correctives ?

²⁰ Observations sur les sites de la cuisine, des offices et des services de médecine, SSR et USLD.

²¹ Analyse des modes de défaillance et de leurs effets

L'analyse des données recueillies m'a permis de dégager un certain nombre de points de blocage, sur lesquels des actions correctives pouvaient être mises en place.

Les points essentiels que j'ai relevés sont les suivants :

L'analyse du besoin dans les services ne pose pas de problèmes essentiels, sauf en cas d'urgence, c'est à dire lors de l'entrée d'une personne en court ou moyen séjour dont les spécificités de régime alimentaire n'ont pas été renseignées. Les moyens correctifs dans ce cas sont limités. Le recours au repas de substitution est le correctif généralement apporté.

La formalisation du besoin est source d'erreurs lorsque l'information du changement de besoins n'est pas signalée par l'infirmière concomitamment à la cuisine et aux hôtelières. Le support écrit rédigé dans ce cas²² se doit d'être transmis aux deux intervenants en même temps.

Les délais impartis par la cuisine doivent être respectés par les services pour la passation des commandes, pour des motifs de gestion des commandes d'approvisionnement. Or en pratique certains services oublient fréquemment de prévenir la cuisine des changements d'effectifs, ce qui entraîne des inadaptations des approvisionnements commandés par rapport à la demande (excédent comme déficit). Concernant le court séjour, du fait de la liaison froide, une sortie ou une entrée non anticipées conduisent à jeter ou à manquer de 6 repas préparés (2 repas par jour sur 3 jours). Une anticipation maximale est donc exigible des équipes afin d'éviter les gaspillages et les manques en court séjour comme en moyen et long séjours.

Du fait de la moindre amplitude des horaires de travail en cuisine par rapport à celle des services, cette première ne peut répondre aux besoins de cette dernière au delà de certains horaires. Ainsi, aucun ajustement n'est possible provenant de la cuisine après 15h, l'unité de production étant fermée.

La production des repas en cuisine se base sur le tableau des effectifs fourni par le responsable cuisine, lui même élaborant ce tableau à partir de données qui lui sont envoyées par les services. Or il arrive fréquemment que ce tableau ne corresponde pas aux besoins réels, du fait d'un non ajustement régulier, d'un manque de transmissions de certains changements d'effectif, etc. Pourtant les hôtelières élaborent de leur coté un tableau de synthèse des repas nécessaires sur lequel elles se basent pour la distribution des repas. Organiser un moment de rencontre périodique entre le responsable cuisine et un référent hôtelier permettrait de remettre à jour les tableaux d'effectifs de la cuisine et

²² Document qualité « Textures et régimes » élaboré par le groupe de travail nutrition et référencé par le service qualité de l'HL

ainsi pallier à un certain nombre d'erreurs dont les conséquences ont des incidences fortes sur le déroulement du travail dans les services et sur l'assiette finale du résident.

De même, l'instauration d'un moment de contrôle systématique du contenu des chariots avant leur départ de la cuisine permettrait d'éviter les erreurs de manipulation dans leur remplissage et ainsi ne pas obérer le temps de distribution des repas en raison du temps consacré par les hôtelières à la re-manipulation du contenu des chariots avant distribution, d'autant que cette recomposition pose question en matière d'hygiène.

Enfin, un dernier élément doit être relevé concernant la distribution réalisée par les hôtelières. En effet il peut arriver que l'hôtelière modifie la composition du plateau du résident par rapport à celle qui est établie sur la fiche de liaison, au dernier moment, en raison de sa connaissance supposée des goûts et préférences alimentaires de celui-ci. C'est ainsi qu'un même résident peut ne pas avoir les mêmes éléments dans son plateau-repas, d'un jour à l'autre, selon la personne qui l'a servi. Cette inégalité dans le traitement peut être une source d'insatisfaction pour le résident, en même temps qu'elle met à bas le travail de construction d'un équilibre nutritionnel instauré par les acteurs ayant défini ses besoins et la composition de ses repas. Une harmonisation des pratiques est donc indispensable, qui sans mettre fin à la marge d'appréciation due au bon sens des intervenants, doit toutefois faire prendre conscience à ceux-ci de l'impératif d'une application rigoureuse de certaines pratiques posées.

De manière générale, le temps passé à communiquer des informations d'un service à l'autre ne peut que faire économiser du temps de non productivité passé à corriger les erreurs et dysfonctionnements.

Dans cet esprit et afin de mettre fin à un certain nombre de problématiques liées aux dysfonctionnements relevés, j'ai élaboré une méthodologie de travail pour la conduite du projet d'amélioration de la qualité de la prestation restauration dans l'HL.

L'analyse du retour d'expérience m'a conduit au constat d'un manque de lisibilité de la part des personnels quant aux démarches à mettre en œuvre et aux objectifs qui leur sont assignés (ce qui conduit à des adaptations par service qui ne sont pas pensées de manière globale et peuvent entrer en interaction), un certain découragement du fait de la persistance des problèmes quotidiens, et un renvoi constant des motifs de dysfonctionnements d'un service sur l'autre.

Par conséquent, dans la démarche de travail à mettre en place il m'a semblé utile de faire se rencontrer les acteurs des différents services, afin que de leurs échanges naissent des solutions adaptées à leurs conditions de travail sur le terrain. Il m'est

également apparu indispensable que des objectifs clairs soient posés par le responsable du projet et appuyés par l'équipe de Direction, et surtout qu'un contrôle du suivi de leur réalisation soit effectué, avec un calendrier posé et des échéances à respecter.

Le projet visait à réintroduire une logique participative dans la gestion du dossier, à redonner au pilote une visibilité et une place de coordinateur avec une vision transversale et globale des problématiques et des objectifs à respecter.

Pour cela, j'ai configuré cette conduite de projet autour d'un comité de pilotage et de groupes de travail.

Le but sous jacent de cette organisation de travail est également de préparer progressivement l'établissement à la certification de 2010. Pour cela les groupes de travail ont pour objectif la mise en place de l'ensemble des protocoles relatifs à la mise aux normes des pratiques en matière d'hygiène alimentaire et de sécurité sanitaire.

2.2 Des impératifs d'hygiène alimentaire et de sécurité sanitaire qui sont précis et contraignants

Les normes relatives à l'hygiène en restauration sont précises et contraignantes. Leur respect impose une adaptation des pratiques en cuisine et dans les services qui ne peut être efficace que si elle est anticipée et si les protocoles sont élaborés de manière participative.

2.2.1 Un respect impératif du plan de maîtrise sanitaire en cuisine et dans les services

Jusqu'en 1993, deux textes fondamentaux réglementaient l'hygiène en restauration de collectivité à caractère social : l'arrêté du 26 juin 1974 et l'arrêté du 26 septembre 1980.

A partir de 1993 l'arrivée des directives européennes, et particulièrement la directive européenne 93/43 CE va préparer un profond changement. L'arrêté du 29 septembre 1997, qui abroge les arrêtés de 1974 et 1980, met en place la nouvelle réglementation sur l'hygiène alimentaire. Celle-ci peut se traduire par trois points fondamentaux et dix points clefs.

Les 3 points fondamentaux :

- La prise en compte de la chaîne alimentaire complète : du fournisseur à l'évacuation des déchets,
- L'abandon de l'obligation de moyens au profit de l'obligation du résultat,
- La responsabilité du chef d'établissement.

Les 10 points clefs :

1/ Les autocontrôles

En dehors des contrôles effectués par des tiers externes (dont les instances officielles comme la Direction des Services Vétérinaires), obligation de mettre en place des moyens internes de contrôles.

2/ Application de la méthode HACCP²³

Analyse des points critiques pour leur maîtrise. Selon le Codex Alimentarius²⁴ les 7 principes de la méthode HACCP sont :

- Identification des dangers
- Déterminer les CCP
- Fixer les limites critiques
- Etablir des actions de surveillance
- Etablir des actions correctives
- Procédures de vérification
- Systèmes documentaires

3/ Marche en avant dans le temps

La marche en avant dans l'espace (succession des opérations physiques sans marche en arrière) peut être remplacée par une marche en avant dans le temps (succession des opérations physiques à des moments différents)

4/ Pratique de l'écrit

La mise en place des actions et les autocontrôles doivent se faire par écrit

5/ Vérifications en amont

Obligation de vérifier la conformité des fournisseurs (agrément, marque de salubrité, conformité de stockage, etc.)

6/ Gestion du risque

Obligation d'effectuer les manipulations en limitant les risques de contamination au dessous du seuil mettant en danger la santé

7/ Obligations vestimentaires

Accès aux locaux pour les visiteurs

8/ Formation continue

Obligation de formation continue en hygiène alimentaire

9/ Traçabilité

²³ Hazard Analysis Critical Control Point (Analyse des dangers – Points critiques pour leur maîtrise)

²⁴ Le Codex Alimentarius est un ensemble de normes alimentaires, de définitions et de critères applicables aux aliments dans les domaines de l'hygiène, de la microbiologie des aliments. Il définit également la méthode HACCP. Il est devenu une référence mondiale qui fait autorité sur tout le domaine alimentaire du producteur au consommateur.

Permettre en cas de problème de remonter toute la chaîne alimentaire pour identifier l'origine du problème

10/ Vigilance

Obligation d'informer en cas de problème.

En dehors de la qualité des matières premières et de l'hygiène générale des locaux, des équipements, du personnel et des manipulations, 2 facteurs sont fondamentaux pour atteindre une sécurité sanitaire irréprochable. Il s'agit du couple temps/température. Ces 2 facteurs sont indissociablement liés. Le texte sur la restauration collective à caractère social fixe²⁵ pour certaines étapes des couples temps/température. Que ce soit pour la durée de vie d'une préparation culinaire élaborée à l'avance, pour la température de présentation au consommateur d'entrées froides ou pour la durée d'un refroidissement, le texte prévoit des valeurs limites qui, à travers les travaux scientifiques et l'expérience des professionnels, sont des valeurs cibles admises. Grâce au recours aux autocontrôles, chaque responsable d'établissement dispose de tous les éléments propres à lui permettre d'assumer pleinement ses responsabilités en matière de sécurité alimentaire (permet de prouver que le professionnel a tout mis en œuvre pour protéger la santé du consommateur).

Avec l'obligation de mise en place d'autocontrôles, fondée sur les principes de la méthode HACCP, émerge la notion d'une responsabilité en cas de carence ou d'inefficacité de ceux-ci. En fait il s'agit d'une responsabilité que certains qualifient « par omission » ou qui n'existait pas tant que les autocontrôles n'avaient pas de caractère obligatoire. Cette responsabilité pénale peut avoir des conséquences administratives et civiles.

La responsabilité de l'établissement peut ainsi être engagée sur le fondement juridique de défaut dans l'organisation du service ayant des conséquences sur la prise en charge des résidents et leur sécurité. En matière de sécurité sanitaire, les juges considèrent dans l'ensemble qu'il s'agit d'une obligation de moyen par principe²⁶, et d'une obligation de résultat dans certains cas (cf. jurisprudence sur les infections nosocomiales).

L'obligation pesant sur le décideur en matière de sécurité sanitaire doit être proportionnée à l'importance de la décision telle qu'elle se manifeste à la date à laquelle il doit se prononcer.

²⁵ Arrêté du 29 septembre 1997

²⁶ TABUTEAU D., 2002, *La sécurité sanitaire*, Berger Levrault, pp 43-50

Par contre la responsabilité qui pèse sur le fournisseur de produits est une responsabilité pour faute ou pour risque. L'entreprise supporte l'obligation de prendre en charge les conséquences dommageables des produits fournis, soit sur le fondement de l'article 1384 du code civil, soit sur les articles 1386-1 à 1386-18 introduits dans le code civil par la loi du 19 mai 1998 sur les produits défectueux.

La prestation restauration, du fait de l'ensemble de ces obligations, se trouve donc soumise à un niveau d'exigence dans la qualité des conditions d'hygiène et de sécurité proche de celles exigibles pour la prestation de soin. Le risque alimentaire est incontournable en raison même de la fragilité des denrées alimentaires, de la complexité des circuits de distribution et des spécificités de la microbiologie. Il est donc impératif pour le directeur d'un établissement possédant une unité de production alimentaire de se prémunir au maximum du risque de TIAC. Dans ce but, dans la logique du principe de précaution (constituant l'un des points cardinaux en matière de sécurité sanitaire), il doit s'assurer que l'ensemble du processus de contrôle de la qualité alimentaire est mis en place dans l'ensemble de la chaîne. Pour cela il est indispensable que le personnel soit formé au plan de maîtrise sanitaire et que les pratiques protocolisées soient effectives.

2.2.2 Une formation du personnel indispensable pour l'introduction de cette démarche dans les pratiques

Pour que le respect des normes posées par la réglementation relative à la sécurité sanitaire soit assurément respecté, il convient que l'ensemble du personnel concerné applique les bonnes pratiques d'hygiène (BPH), visant à la sécurité et la salubrité des aliments. Pour ce faire deux éléments doivent être favorisés : la formation du personnel sur ces questions et leur association à l'élaboration des protocoles relatifs à la mise en place de ces BPH.

L'impératif respect des normes posées par la réglementation de la sécurité sanitaire impose une sensibilisation du personnel des cuisines et du personnel hôtelier.

L'enjeu principal est qu'une démarche qualité soit mise en place d'un bout à l'autre de la chaîne de production restauration. En effet, il ne sert à rien d'imposer à la cuisine le respect de normes contraignantes si celles-ci ne sont pas appliquées ensuite sur les services. Le risque d'infection alimentaire peut survenir à tout moment de la chaîne, suite à une erreur de manipulation relative au couple temps/température notamment. Ainsi les questions de refroidissement des plats préparés par la cuisine, de réchauffage dans les offices et de service des plats aux résidents sont importantes car elles sont déterminantes pour la qualité du produit servi en bout de chaîne.

Pour cela, il est nécessaire de former les équipes aux impératifs de la qualité hygiène et sécurité alimentaire. Ces formations peuvent être assurées par le personnel de la cuisine, qui peut, en allant sur les offices et en expliquant au personnel hôtelier les enjeux de leur travail de réception, de manipulation et de réchauffage des plats, leur transmettre les éléments d'information nécessaires pour garantir le respect des normes HACCP.

Cette formation doit être complétée par l'élaboration de protocoles, permettant de poser les pratiques sur un support qui sert ainsi de référentiel commun. Pour que ces protocoles aient un sens et une utilité réelle, il faut qu'ils soient élaborés en partenariat avec le personnel concerné. En effet bien souvent les équipes hôtelières ont un emploi du temps chargé, et leur demander de vérifier les températures des frigos des offices ou tout autre vérification ou procédure particulière peut être ressenti comme une charge de travail supplémentaire contraignante. Pour que le personnel puisse intégrer ces impératifs dans leurs pratiques, il faut leur donner du sens. Cela impose non seulement des explications sur la finalité et les enjeux d'une telle action, mais également d'insérer ces mesures supplémentaires dans les pratiques courantes. Sans ces précautions, les protocoles élaborés pourront être parfaitement réalisables sur le papier, mais n'en seront pour autant pas mis en place en réalité car ressentis comme imposés et dénués de sens.

J'ai pu me confronter à cette problématique lors de mon analyse des pratiques sur le terrain. En vue du renouvellement de l'agrément cuisine, il était recommandé de faire passer la soupe en liaison froide. L'insuffisante préparation en amont de ce changement de pratiques a provoqué des tensions au moment de sa mise en place. Il a donc fallu décaler de quelques semaines le changement vers la liaison froide, pour laisser le temps aux équipes de réfléchir sur les modifications de pratiques que ce changement imposait, et d'organiser le fonctionnement du service en fonction de ces nouvelles pratiques.

L'association des acteurs de terrain à l'élaboration des protocoles qualité est donc indispensable. C'est pourquoi, dans le cadre de la nouvelle organisation du travail de pilotage du dossier cuisine que j'ai élaborée, j'ai prévu la création de 2 groupes de travail qui permettent la rencontre des personnels des différents services afin de favoriser une mise en place des protocoles de pratiques compatibles avec les spécificités de fonctionnement de chacun des services.

Le premier groupe travaille sur la mise en place du respect de ces normes en cuisine centrale et est composé du référent HACCP et du responsable Sodexo. Le second groupe, composé du référent HACCP, du responsable Sodexo et des cadres de service ainsi que d'un ou plusieurs référents cuisine sur les offices en fonction des

disponibilités, vise à l'introduction de ces normes sur les offices et dans les relations transversales. Ces 2 groupes doivent aboutir à la formalisation de procédures adaptées au fonctionnement de l'établissement en respectant la réglementation.

Pour garantir leur application ces procédures validées devront être accompagnées sur les services par le responsable HACCP et les responsables des services. Parallèlement, une formation du personnel est programmée et assurée par la Sodexo pour une meilleure sensibilisation aux enjeux de la démarche qualité.

Le travail de ces groupes doit donc permettre au final l'élaboration d'un ensemble de protocoles adaptés afin que les équipes puissent se les approprier. Ainsi, d'un bout à l'autre de la chaîne, les pratiques posées pourront optimiser la prestation de départ fournie par les cuisines, et ce au profit de la qualité finale de l'assiette du résident. Certes la dimension d'hygiène et de sécurité est primordiale dans la finalité des pratiques, mais bien souvent leur respect a également une incidence sur la qualité gustative des plats servis, comme c'est le cas par exemple pour les procédures de réchauffage.

2.3 Les contraintes liées au maintien d'un outil de production performant

L'environnement des établissements publics de santé évolue. Ils sont orientés vers une rationalisation croissante de leur activité. Les rapports récents évoquent même la question de l'activité des hôpitaux qui doit se recentrer sur leurs activités de prise en charge et améliorer l'efficacité des activités annexes. Ainsi le rapport Attali²⁷ préconise dans sa décision 283²⁸ d'améliorer les prestations hôtelières des hôpitaux.

Ce rapport va même plus loin puisqu'il préconise de favoriser l'externalisation des fonctions hors du cœur de métier de l'hôpital de manière à concentrer les budgets des hôpitaux sur des dépenses directement liées à la dépense des soins²⁹.

²⁷ Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française sous la direction de Jacques Attali, remis au Président de la République le 23 janvier 2008

²⁸ « **DÉCISION 283 – Améliorer les prestations hôtelières des hôpitaux.**

Les ressources résultant de cette ambition pourraient être à terme considérables (plusieurs milliards d'euros) ».

²⁹ « **DÉCISION 75 - Organiser l'externalisation des services périphériques à l'offre de soins :** 12 à 15 % des budgets des hôpitaux sont consacrés à des achats de matériel médical, de dispositifs médicaux et à des prestations diverses non directement liées à la dispense des soins (entretien, lingerie, restauration...). Ces prestations, éloignées du cœur de métier de l'hôpital, sont souvent gérées de façon peu efficace en interne, alors que ces marchés pourraient favoriser l'émergence de nouveaux acteurs de croissance. Il faut favoriser l'externalisation des fonctions hors du cœur de métier de l'hôpital comme la restauration, la blanchisserie, le gardiennage, la maintenance technique et immobilière, la logistique »

Cette préconisation s'entend dans un contexte de rationalisation des dépenses des hôpitaux, et dans un recours aux meilleures compétences pour les meilleures prestations dans ce même esprit de rentabilité issu du fonctionnement du secteur privé. Cependant il nous semble que la distinction doit clairement être établie entre les logiques qui doivent animer le fonctionnement des hôpitaux, en tant qu'établissements de santé classiques (soins de courte durée) et les établissements publics de santé qui accueillent des résidents de longue durée.

En effet dans le cas des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes pour une longue durée, l'alimentation ne peut pas être considérée comme une prestation annexe. Il s'agit d'un élément de prise en charge à part entière dans la mesure où l'institution constitue leur lieu de vie. Dès lors l'investissement (en termes d'objectifs et de moyens mis à disposition) de l'établissement ne peut pas être analysé sur le même plan que celui des hôpitaux dont les séjours sont de courte durée. Certes pour l'instant les rapports cités n'abordent que les problématiques liées au fonctionnement des hôpitaux et ne concernent pas les autres établissements publics de santé qui ont une activité médico-sociale. Cependant on peut s'interroger sur l'évolution des débats dans les années à venir et sur les préconisations qui seront réservées aux autres établissements relevant du droit public hospitalier.

Le choix du maintien en interne d'une unité de production engage l'établissement sur le long terme dans un chemin de dépendance en raison du poids des investissements engagés, les charges fixes représentant aujourd'hui un montant de plus en plus élevé.

Les contraintes d'un tel maintien sont de plusieurs ordres.

2.3.1 Contraintes liées au bâti

La construction d'un bâtiment pour une cuisine centrale permet à l'établissement d'alimenter sa dotation en amortissements et ainsi de bénéficier d'une capacité d'autofinancement lui permettant de rénover le bâti en cas de besoin au bout de quelques années d'exploitation. La contrepartie est qu'elle engage l'établissement sur un chemin de dépendance lié à ce choix.

L'entretien des locaux représente également une contrainte dans la mesure où il faut en permanence les rendre conformes aux exigences des normes d'hygiène et de sécurité sanitaire pour obtenir le renouvellement de l'agrément de cuisine centrale.

Cette même contrainte s'applique aux équipements : renouvellement des équipements obsolètes, outils de production à maintenir en état de bon fonctionnement.

2.3.2 Contraintes liées au personnel

Le choix du maintien d'une cuisine centrale engage l'établissement sur le long terme par le recrutement de personnels permanents.

Cette dimension de gestion du personnel est d'autant plus importante que les frais de personnel représentent la plus grande part de la dépense de prestation restauration, quelle que soit la modalité de prestation. En effet, 47% en moyenne des dépenses du poste restauration concernent le personnel³⁰, contre 40% pour l'alimentation, le reste se décomposant en amortissement des installations techniques, matériel et outillage, petit matériel hôtelier, et entretien et réparation des autres matériels et outillages.

Cela suppose également d'engager des programmes de formation (sur la qualité, l'apprentissage de nouveaux modes opératoires en fonction du renouvellement des équipements ou des normes de production), de penser une organisation de travail, de gérer le recrutement afin de constituer des équipes stables et limiter l'absentéisme dans une période marquée par la pénurie de certaines corps de métiers (cuisiniers).

2.3.3 Contraintes de limitation des coûts

La prestation repas fait partie des charges hôtelières. L'enjeu pour l'établissement est d'assurer une prestation au meilleur coût possible, afin de minimiser l'impact de cette charge sur le prix de journée, ou de ponctionner les moyens disponibles pour d'autres prestations relevant du même mode de financement, tout en maintenant une prestation de qualité.

Le but de tout gestionnaire d'établissement est donc de rationaliser au maximum les dépenses. Pour cela le directeur doit prendre en considération la question de la rentabilité de la prestation au regard des facteurs d'économie d'échelle et d'effet de seuil.

L'économie d'échelle est un principe simple qui permet, en augmentant la quantité d'éléments produits, d'en diminuer le coût unitaire. Cet effet se conjugue naturellement avec celui des effets de seuil. La rentabilité obéit à une logique de seuil, constituée de différents paliers ayant un effet cliquet. Une fois le palier franchi, des investissements supplémentaires sont effectués et il faut atteindre le seuil nécessaire pour que ces investissements supplémentaires soient compensés par des bénéfices supplémentaires et donc soient rentables. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une rentabilité visant à dégager des bénéfices, comme dans le fonctionnement d'une entreprise privée, mais bien d'optimiser au maximum la capacité de production au regard des moyens engagés et des besoins réels ou suscités.

³⁰ Rapport du Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière, *Calcul des coûts par activité fiches d'analyse d'écart* (données 2005)

L'ensemble de ces contraintes liées au maintien d'une cuisine centrale au sein d'un établissement doit être pris en compte et surmonté afin de pouvoir offrir aux résidents une prestation de qualité.

Le choix de ce maintien doit donc être assumé en pleine connaissance de ces contraintes. L'HL de Muret en a fait le choix et a développé une stratégie particulière afin de surmonter les contraintes y étant liées.

3 Analyse de la stratégie adoptée par l'HL de Muret du maintien de l'unité de production alimentaire en interne et perspectives à envisager pour une amélioration de la qualité de la prestation restauration.

Le choix du maintien d'une unité de production alimentaire au sein d'un hôpital local relève de la stratégie à long terme de l'établissement. Un choix de reconstruction implique un investissement financier à long terme. C'est pourquoi une telle décision ne peut être prise sans une analyse préalable poussée afin de déterminer si l'établissement peut assumer de telles charges sans mettre en péril son équilibre financier.

3.1 Analyse du processus décisionnel

La participation au processus décisionnel m'a permis d'identifier certains éléments intéressants relatifs à l'influence des déterminants dans le choix final d'un décideur, que ces déterminants soient conscients ou inconscients.

Par principe un directeur d'établissement se doit d'assumer in fine les choix institutionnels posés par lui ou par ses prédécesseurs. Bien souvent le poids de l'histoire est important, et les orientations de politique d'établissement prises par le passé ont des conséquences à long terme dont il est difficile de se détacher par une décision contraire à ce que l'on peut appeler la culture organisationnelle.

La culture organisationnelle peut être définie comme « l'ensemble des croyances et des convictions partagées par les membres d'une organisation, qui déterminent inconsciemment et implicitement la représentation que l'organisation se fait d'elle-même et de son environnement »³¹.

Les représentations implicites se transmettent au cours du temps entre les membres d'un groupe et influencent les comportements. Ainsi, au sein d'un établissement, la stratégie est influencée par des éléments implicites tels que le paradigme de l'organisation, c'est à dire l'ensemble des schémas de pensée implicites collectifs, et les routines organisationnelles, « la manière dont on fait ça ici », qui au cours du temps se sont encastrées dans l'organisation jusqu'à devenir elles aussi implicites.

³¹ JOHNSON G /éd, 2005, *Stratégique*, 7^{ème} édition, Pearson Education, 732p

L'influence de cette culture organisationnelle est d'autant plus forte que les personnes travaillent de longue date dans l'institution. Les représentations ont été intégrées depuis longtemps, animent les actions et les choix. C'est pourquoi il est difficile pour un décideur qui travaille dans l'établissement depuis de nombreuses années de remettre en cause les choix effectués antérieurement au moment d'en faire un nouveau.

Au cours de mes entretiens j'ai ainsi été étonnée de constater que le choix du maintien d'une cuisine au sein de l'HL, s'il avait fait l'objet d'une réflexion importante lors de l'élaboration du schéma directeur en 1999, n'avait jamais été remis en question par la suite.

La période de mon stage a coïncidé avec la visite de la cuisine centrale par des agents de la Direction des Services Vétérinaires (DSV), qui a abouti à un certain nombre de recommandations à suivre afin d'obtenir le renouvellement de l'agrément cuisine centrale. Le dossier de demande d'agrément a été constitué durant la période de mon stage, la décision finale devant découler de la deuxième visite des services de la DSV à la fin de l'été.

Cette phase de renouvellement de l'agrément a conduit à se pencher sur les pratiques existantes et à penser leur conformité avec les préconisations du rapport de visite. Ce fut l'occasion d'un constat assez sévère à l'égard des locaux de la cuisine, dont la vétusté fut soulignée. L'effet principal de cet événement au niveau directionnel fut donc d'accélérer le processus de projet de reconstruction de la cuisine qui était prévu dans la quatrième étape du schéma directeur de l'établissement de 1999. Un schéma qui avait été posé 9 ans auparavant a donc guidé le choix au niveau directionnel, alors que les problèmes actuels de la prestation restauration auraient pu amener à une réflexion sur l'opportunité d'un tel choix, que ce soit sur les plans financier, de personnel ou de qualité de service rendu, et de le confronter à d'autres possibilités de prestation de restauration.

Cette réflexion serait apparue d'autant plus justifiée que la prestation restauration faisait l'objet de vives critiques, les remarques portant sur l'insuffisante qualité des repas servis, que ce soit sur le plan quantitatif comme gustatif.

Ces points critiques, régulièrement relevés et retracés sur des feuilles d'évènements indésirables, avaient été pris en considération par la Direction, qui avait tenté d'améliorer l'existant en passant une convention de fournitures de matières premières avec la Sodexo afin de dégager du temps qui serait consacré aux préparations, et ainsi de revenir à une cuisine dite plus traditionnelle. Néanmoins, un an après la conclusion de cette convention les améliorations tardaient à être visibles.

C'est pourquoi dans ce contexte difficile, le choix de la reconstruction de la cuisine centrale au sein de l'hôpital, sans analyse préalable d'autres possibilités de prestation restauration a attiré mon attention.

L'analyse de ce processus décisionnel m'a conduit à penser que l'on se trouvait dans la situation définie par Lewin comme d' « effet de gel ».

L'effet de gel est le fait pour un individu de rester sur une stratégie dans laquelle il a préalablement investi (en argent, en temps, en énergie) et ceci au détriment d'autres stratégies plus avantageuses.

Le piège abscons découlant de cet effet de gel comporte 5 critères :

- 1- L'individu a décidé de s'engager dans un processus de dépense (en argent, en temps ou en énergie) pour atteindre un but donné.
- 2- Que l'individu en soit conscient ou non, l'atteinte du but n'est pas certaine.
- 3- La situation est telle que l'individu peut avoir l'impression que chaque dépense le rapproche davantage du but.
- 4- Le processus se poursuit sauf si l'individu décide activement de l'interrompre.
- 5- L'individu n'a pas fixé au départ de limite à ses investissements.

Pour Lewin l'effet de gel est imputable à l'acte même de décision et non pas aux raisons qui ont pu le conduire à décider. Il bloque l'individu dans son choix et l'amène à faire ce qu'il a décidé de faire. De plus la persistance de ce comportement dans le temps, voire l'escalade dans les comportements rend extrêmement difficile le fait de revenir sur une décision prise. C'est ce que Staw appelle l'escalade d'engagement. En effet, l'auteur précise qu'après avoir pris une décision, les gens ont tendance à la maintenir et à la reproduire, quand bien même elle n'aurait pas les effets attendus (*i.e.*, pièges abscons). Ainsi de manière expérimentale Staw a démontré comment par l'escalade d'engagement les gens restent figés sur une décision initiale (même si celle-ci est remise en question par les faits), ce comportement étant également observable au niveau des groupes et des organisations.

Ainsi dans le cas de la décision de reconstruction d'une cuisine centrale au sein de l'Hôpital Local de Muret, la persistance dans ce choix initial sans mise en balance de cette possibilité avec d'autres options envisageables, malgré les difficultés existantes liées au fonctionnement actuel de la cuisine, avec les investissements effectués relatifs au recours à la Sodexo et au conventionnement renouvelable, sans analyse d'arguments quantifiables qui permettraient un choix fondé sur des éléments mesurables objectifs, laissent penser que l'on se trouve en présence d'une escalade d'engagement dont il devient difficile de se sortir.

Pour autant, ce phénomène d'effet de gel, s'il est courant, n'est pas inéluctable. La prise de conscience de l'existence d'un tel phénomène peut permettre d'aider à sortir de cette escalade, ou tout du moins, de la stopper.

Quelles solutions peut on apporter à cette problématique une fois que son diagnostic est posé ? La prise de décision collective ne permet pas d'éviter ces distorsions de l'action, donc l'intervention de plusieurs décideurs dans un même cours d'action ne peut être efficace que s'il ne s'agit pas de la même personne ou le même groupe de travail qui prend une décision et qui en évalue les effets en vue de son éventuelle reconduction. Une telle méthode, si elle est applicable dans des établissements de taille importante avec une équipe de direction élargie qui permet d'avoir un groupe d'évaluateurs de pratiques distinct du groupe de décideurs, n'est pas aisée à mettre en place dans les établissements de taille plus réduite.

Par conséquent, faute de personnel suffisant, le Directeur en place aura pour préoccupation lors des prises de décision ayant des conséquences importantes, de s'interroger sur la pertinence de son choix et de se demander en quoi ce dernier ne serait pas influencé par ses décisions précédentes. Cette démarche intellectuelle paraît certes ardue mais elle semble essentielle pour garantir une prise de décision libérée de toute entrave. Certes la culture institutionnelle et l'urgence de certaines décisions rendent quelque peu utopique la systématisation d'une telle démarche de réflexion, néanmoins le temps dépensé à celle ci en amont peut permettre d'en économiser en plus grande quantité en aval.

Ainsi dans le cas de l'Hôpital Local, il serait intéressant de s'interroger à nouveau (comme ce fut le cas lors de l'élaboration du schéma directeur) sur le volet stratégique à long terme du choix de reconstruction de la cuisine centrale en questionnant chacun des éléments jusqu'à présent considérés comme posés et actés, de manière objective et quantifiée afin de sortir d'une échelle de valeurs appréhendée uniquement à travers le prisme de l'expérience et d'introduire des éléments vus à travers le prisme de la méthode.

En effet, le prisme de l'expérience considère que les stratégies futures sont censées découler d'une adaptation des stratégies passées, au travers de l'expérience des individus, des schémas de pensée implicites et des routines encastrées dans les processus culturels de l'organisation. Le prisme de l'expérience considère que la stratégie est avant tout la conséquence et la continuation de ce qui a été fait par le passé.

Le prisme de la méthode est le point de vue selon lequel la stratégie découle d'un processus rationnel dans lequel les forces et les contraintes s'exerçant sur l'organisation sont précisément évaluées au travers d'approches analytiques, afin d'établir une orientation stratégique claire dont le déploiement peut être rigoureusement planifié.

La conciliation de ces deux angles d'analyse permet d'introduire dans le processus décisionnel des éléments quantifiables et mesurables, tout en tenant compte des éléments non mesurables qui ont fondé la culture collective de l'établissement et représentent des valeurs pour la défense desquelles les investissements financiers et humains doivent être développés.

Dans le processus décisionnel de l'HL, la place réservée à la qualité de la prise en charge des résidents ne sera pas amoindrie, mais au contraire constituera l'objectif à atteindre. Le choix se fera entre plusieurs options déterminées et quantifiées, afin de pouvoir conduire un choix le plus pertinent possible compte tenu de la situation de l'établissement, des spécificités du public accueilli et du contexte d'intervention de l'établissement.

En effet, les principaux arguments défendus par la Direction pour ce projet de reconstruction portaient essentiellement sur 2 points :

- La qualité : le maintien d'une cuisine en interne permet de servir aux résidents des repas meilleurs
- Le climat social : une externalisation de la prestation restauration est inenvisageable

Ces arguments étaient donc fondés sur des éléments non quantifiables et non économiques. La qualité et la satisfaction des résidents accueillis ne se quantifient pas aisément, et peu importe à la limite le supplément de coût engendré, pourvu que cet objectif soit atteint. Dans le processus décisionnel, l'élément financier a peu été pris en considération, dépassé par l'enjeu de qualité de prestation servie.

Toutefois, si l'analyse du processus décisionnel peut laisser croire que l'effet de gel a joué de manière importante, il ne faut pas pour autant considérer que cet effet a eu pour conséquence de contribuer à une décision contraire aux intérêts de l'établissement. Quand bien même le processus décisionnel a été entaché d'une certaine escalade d'engagement, des éléments peuvent être avancés, qui contribuent à confirmer cette décision comme intéressante et pertinente sur le champ des arguments relatifs à la qualité de la prise en charge.

Les éléments récoltés lors de mes entretiens avec le responsable du service cuisine et avec le prestataire Sodexo m'ont permis d'appréhender une dimension importante liée à ce maintien de l'activité en interne. Il s'agit de l'atout de la proximité et du caractère à taille humaine du maintien d'une cuisine sur le site.

La prise en charge des personnes dépendantes en long séjour, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes handicapées introduit une logique de travail de

proximité. Les résidents sont connus, identifiés et le fait de les suivre durant une longue durée introduit inévitablement une dimension chaleureuse, d'attachement et un lien entre soignants/éducateurs et résidents. Les services logistiques, même s'ils ne constituent pas en soi des services d'hébergement, sont identifiés et positionnés comme faisant partie intégrante de l'équipe de prise en charge.

Au cours des entretiens que j'ai menés auprès des agents en cuisine, j'ai été frappée de l'intensité de la conscience de la finalité de leur travail et de la valeur qui en découlait. Les cuisiniers connaissent les particularités alimentaires de certains résidents, portent une grande attention à la composition des repas des régimes, connaissent les problématiques élémentaires de l'alimentation des personnes âgées et handicapées, bref donnent du sens à leur travail alors même qu'ils ne sont pas en contact direct avec les résidents. Le fait que la cuisine soit sur le même site contribue malgré tout à des échanges entre les différents services et à une connaissance par capillarité et dialogues. Cette dimension humaine est d'une grande richesse car c'est à partir d'elle que peuvent surgir des propositions, des innovations qui seront adaptés et acceptés.

La décision de l'HL de Muret de reconstruire son unité de production alimentaire en son sein peut être contestée sur le plan de la stratégie financière, dans la mesure où cette décision n'a pas fait l'objet d'une réévaluation financière (par rapport au moment où son principe en avait été défini, 8 ans auparavant) et où aucun comparatif de coûts n'a eu lieu entre les différentes options possibles pour la prestation restauration. Pour autant, pour l'heure elle ne peut être qualifiée de mauvaise décision. Le choix a été assumé de faire prévaloir des arguments qualitatifs et sociaux sur des éléments financiers, ce qui en matière de prise en charge sanitaire, sociale et médico sociale est tout à fait justifiable.

Néanmoins, pour que cette décision soit viable à long terme il importe tout de même que la rationalisation financière de cette activité soit prise en considération de manière attentive.

En effet l'Hôpital n'est pas une entreprise comme les autres, la qualité primant par principe sur l'économie. Mais dans le contexte actuel de rationalisation de l'activité hospitalière, il est impossible d'échapper à cette exigence d'efficacité et d'efficience des prestations servies par les établissements publics de santé. Dans cette optique se développe largement l'appel à des acteurs privés par les personnes publiques pour déléguer certaines activités à moindre coût. L'appel à des prestataires privés en tant qu'appui technique et source d'économies peut être effectivement une option intéressante dans ce but, à condition que ce recours aux prestataires privés soit clairement défini et délimité. L'HL de Muret s'inscrit dans ce mouvement puisque dans le cadre du projet de

reconstruction de la cuisine, il a été fait appel aux compétences de plusieurs intervenants du secteur privé.

3.2 L'introduction ponctuelle ou permanente d'intervenants privés dans le fonctionnement de l'HL dans une logique d'apport de compétences spécifiques

Cuisine interne ne signifie pas cuisine fermée à l'extérieur. Le cas de Muret est intéressant dans la mesure où il s'agit de faire appel aux compétences internes mais aussi aux compétences de spécialistes privés pour accompagner les acteurs internes dans l'amélioration de leur fonctionnement, dans une logique d'apports précisément ciblés.

Dans le but d'optimiser sa prestation restauration, la Direction de l'HL a fait appel aux compétences de prestataires privés comme support technique, méthodologique et financier. Ces intervenants privés participent au fonctionnement de l'établissement à des niveaux variables d'influence sur la politique de l'établissement.

Certains sont considérés comme simples prestataires de services, le but étant de faire appel à des entreprises spécialisées dans un domaine particulier qui ne représente pas le cœur de l'activité de l'HL, comme par exemple la Sodexo pour la fourniture des denrées alimentaires.

D'autres interviennent de manière plus directe sur la politique de l'établissement puisque leur travail oriente les choix effectués en comité de direction sur les orientations à donner à l'activité de l'HL. En effet, le travail des ergonomes consiste à élaborer un travail d'analyse des pratiques afin de transmettre à la Direction des éléments tangibles sur lesquels acter des décisions relatives aux options à privilégier pour le nouveau bâtiment de la cuisine centrale.

Enfin, la conclusion d'un BEH, au delà de l'incidence purement financière, fait intervenir en principe un acteur privé dans le fonctionnement quotidien d'un établissement public lorsqu'il est en charge de l'exploitation d'un bâtiment destiné à une activité spécifique telle que la cuisine.

3.2.1 Le recours à des prestataires privés comme support technique

L'HL a fait le choix de passer une convention avec une entreprise privée de fourniture de denrées alimentaires afin de corriger un certain nombre de dérives existantes. La Sodexo fut choisie au terme d'une procédure d'appel d'offres menée en 2007, pour un marché de prestation de service en restauration.

L'objectif poursuivi par l'HL était de mettre fin à la dérive de consommation non rationalisée des ressources de la cuisine, et mettre fin à la multiplication du recours à des produits prêts à consommer afin de revenir à une cuisine traditionnelle et sans gaspillage de ressources. Par conséquent, la convention conclue avec la Sodexo prévoit que les denrées fournies sont majoritairement des matières premières à travailler en cuisine, au sein de l'HL.

Le but recherché par l'appel à un prestataire privé est de valoriser le retour à une activité de fabrication intégrale des repas en interne, d'apporter à la cuisine un soutien technique et méthodologique afin de tendre vers une prestation plus conforme aux besoins et aux envies des résidents, et ainsi atteindre un niveau de qualité plus satisfaisant, tout en réduisant les coûts. C'est pourquoi la convention prévoit un accompagnement des équipes par le prestataire privé pour la mise en place de ces nouveaux objectifs.

L'annonce du conventionnement avec la Sodexo fut accueillie fraîchement par le personnel de l'HL qui percevait ce recours à une entreprise privée comme une externalisation de la production des repas. Il fallut faire un travail de communication important pour expliquer qu'au contraire, ce recours permettait de valoriser le travail de la cuisine centrale. L'idée était de déléguer à la Sodexo toute la partie technique relative à la gestion des stocks et des commandes afin de concentrer le travail de l'équipe cuisine sur la production alimentaire, pour revenir à des plats intégralement travaillés en interne et supprimer au maximum le recours aux produits prêts à l'emploi, qui sont, à quelques exceptions près, gustativement moins intéressants que les produits élaborés sur place.

Suite à la visite de la DSV, l'impératif de constituer un dossier de demande d'agrément dans un délai restreint a poussé la Direction à étendre le champ d'intervention de la Sodexo dans son volet d'appui technique et méthodologique. En effet les préconisations relevées par les services de la DSV imposaient de réactualiser un certain nombre de protocoles de mise en application des normes HACCP en cuisine, travail qui ne pouvait être réalisé par le responsable qualité sans soutien supplémentaire.

Un représentant Sodexo a donc été missionné sur la cuisine de l'HL pour une durée de 12 mois afin d'apporter à l'équipe de l'HL les compétences et le soutien technique nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. De ce fait, cet intervenant extérieur fut totalement impliqué dans le fonctionnement quotidien de la cuisine de l'HL, à laquelle il put apporter des éléments de réorganisation du service et de gain d'efficacité dans la production des repas. Cet apport technique fut également utile pour l'avancée des travaux des groupes de travail relatifs à la constitution des protocoles d'application des normes HACCP en cuisine et dans les offices. La complémentarité entre l'approche d'un

spécialiste de la restauration collective privée et la connaissance du terrain et des possibilités de mise en œuvre des protocoles élaborés, par les différents acteurs de l'HL, ont permis un travail productif dans les délais impartis.

Au delà des apports méthodologique et technique opérés par la Sodexo, cette contractualisation a également eu des impacts sur le plan financier.

En effet le recours à un gestionnaire privé des commandes de denrées signifie également le passage à une logique de rationalisation. L'appel à une entreprise privée pour la fourniture des denrées alimentaires a pour conséquence d'obliger les responsables des cuisines et des services à évaluer de manière très précise leurs besoins, à partir desquels sont passées les commandes hebdomadaires. La logique précédente qui était celle des stocks et de la fourniture de denrées au coup par coup sans planification rigide n'est donc plus envisageable. Une période d'adaptation est donc nécessaire, surtout pour le personnel habitué à ce que la cuisine fournisse sur demande des denrées supplémentaires au dernier moment. Ce changement de pratiques n'est d'ailleurs pas sans soulever des critiques relatives à la prétendue insuffisance de la quantité de nourriture fournie.

Sur le plan financier, après une phase d'adaptation engendrant des surcoûts dus au changement de pratiques, le passage à une logique de rationalisation des commandes engendre en principe des économies sur une longue durée. C'est du moins ce qui est attendu au terme de la phase transitoire que connaît actuellement l'HL.

L'intervention d'un prestataire privé pour mettre en place ce changement de logique peut être une stratégie intéressante utilisée par le Directeur d'une structure pour marquer un changement de pratiques au sein de son établissement. Cette rupture est plus facile à marquer à travers l'intervention d'un personnel extérieur qu'à mettre en œuvre par le personnel responsable en place, pour autant que l'impulsion donnée par cet intervenant soit relayée au niveau des cadres des services. Tout l'enjeu réside ensuite dans la pérennisation de cette nouvelle logique par le personnel en place une fois que le conventionnement avec le prestataire extérieur est terminé sur le volet d'accompagnement au quotidien.

Le choix de l'HL de faire appel à un prestataire privé dans le fonctionnement interne de la cuisine fut un choix intéressant dans la mesure où il a mené à une modification de l'organisation du service, a constitué un apport méthodologique précieux durant une période où des objectifs devaient être atteints dans de courts délais, et a globalement amélioré la qualité des repas servis grâce au retour vers une cuisine plus traditionnelle car intégralement élaborée en interne.

Pour autant, l'intervention du prestataire Sodexo n'a pas permis de résoudre l'ensemble des problématiques existantes, qui ne relèvent pas uniquement des domaines d'approvisionnement et d'organisation du service cuisine et jusqu'à présent sur le plan financier les économies annoncées par le recours à la Sodexo ne sont pas encore visibles.

3.2.2 Le recours à des prestataires privés comme aide à la décision.

Afin de préparer en amont le projet de reconstruction du bâtiment de la cuisine centrale, le Directeur de l'HL a fait appel à un cabinet d'ergonomes, qui connaît bien l'établissement pour avoir travaillé à de nombreuses reprises sur différents projets architecturaux.

L'idée phare du recours à des ergonomes dans la construction d'un projet architectural est de concevoir un bâtiment adapté aux pratiques et aux besoins existants, plutôt que d'élaborer une construction à laquelle les pratiques devront s'adapter. Cette démarche vise à ce que les bâtiments construits répondent à deux enjeux : qu'ils soient adaptés aux particularités des besoins des résidents et qu'ils assurent au personnel en place des conditions de travail les meilleures possibles.

Le travail des ergonomes est distinct de celui des programmistes dans la mesure où ces derniers ont une approche plus technique. Les ergonomes sont plus centrés sur la vision du travail humain, sur la compréhension du travail pour son maintien ou sa transformation.

La démarche de l'ergonomie est donc d'observer les pratiques actuelles, d'en souligner les avantages et les points de blocage et, à partir de ces observations, d'en tirer des conclusions qui inspireront le projet architectural à venir. En principe le programme est élaboré par les ergonomes en même temps que le projet architectural, ce qui permet d'adapter ce dernier aux orientations dégagées par le premier. Néanmoins, dans le cas du projet de reconstruction de la cuisine centrale, le Directeur de l'HL a choisi de missionner un cabinet d'ergonomes sur l'élaboration d'un pré-programme, bien en amont par rapport aux pratiques habituelles, afin d'avoir une visibilité à plus long terme sur les orientations à donner à la cuisine.

L'intervention d'une équipe d'ergonomes dans un établissement est une démarche intéressante pour un Directeur pour plusieurs raisons.

Tout d'abord les ergonomes apportent à l'équipe de Direction une compétence spécifique. En effet, de par leur formation, de nombreux ergonomes sont à l'origine des psychologues du travail qui ont des connaissances approfondies en psychologie sociale

et sociologie du travail. Cette approche permet une analyse à la fois technique et originale, ce qui peut renouveler et nourrir la réflexion d'un Directeur. De plus la méthodologie employée est un support utile à la fois pour la constitution d'un projet et pour le dialogue avec les architectes autour du projet architectural.

Le recours à un cabinet d'ergonomes est également synonyme d'une certaine souplesse d'utilisation. En effet les ergonomes interviennent soit seuls soit en effectifs réduits, ce qui permet des rencontres régulières avec la Direction pour faire part des avancées du travail et des éventuels recentrages des missions qui leur sont assignées.

Le fait que ces intervenants soient extérieurs au personnel de l'établissement présente également un certain nombre d'atouts au service du Directeur. En effet, un regard extérieur est synonyme de regard neuf et d'apport d'idées innovantes inspirées de pratiques extérieures. Cette extériorité du regard porté permet de garantir une certaine préservation contre les partis pris et donc une objectivité dans l'observation. De ce fait, certaines idées peuvent émerger, que la pratique quotidienne, la routine et les relations interpersonnelles ont pu faire perdre de vue. Certains points de difficultés peuvent ainsi être relevés et corrigés pour l'avenir, ce qui permet de faciliter le travail quotidien des agents, alors même que la gêne occasionnée ne constituait pas un élément suffisant pour une réclamation spécifique en CHSCT. A l'issue de leur phase d'observation sur le terrain les ergonomes peuvent par exemple signaler à la Direction la taille et le poids trop importants de certains chariots de distribution des repas qui sont par conséquent difficiles à manipuler par le personnel hôtelier. En réduisant la taille et le poids de tels chariots lors du renouvellement de tels matériels, les conditions de leur travail quotidien se trouvent améliorées sans que pour autant il s'agisse d'investissements supplémentaires importants.

De plus le fait que les ergonomes soient des personnes extérieures à l'établissement leur permet de recueillir lors des entretiens des informations que leur interlocuteur n'aurait pas nécessairement communiquées à un responsable de l'établissement. Le devoir de confidentialité qui lie les ergonomes permet d'établir un dialogue confiant avec le personnel, ce qui peut permettre de faire émerger des non-dits à l'origine de dysfonctionnements visualisés mais non expliqués. C'est à partir de l'analyse du recueil des entretiens que les ergonomes peuvent dégager une synthèse utile pour les décisions à prendre au niveau directionnel.

Le recours aux compétences des ergonomes dans la constitution d'un projet est donc une formule intéressante pour un directeur, dans la mesure où leur analyse permet

à terme une optimisation des espaces d'accueil et de travail, donc une meilleure prise en charge des résidents et de meilleures conditions de travail pour le personnel. Ces éléments cumulés sous tendent une optimisation financière puisque cette adéquation fait reculer par principe les échéances d'adaptation des locaux aux besoins.

3.2.3 Le recours à des prestataires privés comme aide financière

L'HL, qui a déjà conclu un bail emphytéotique administratif pour la reconstruction de la maison de retraite, a pour projet de conclure un bail emphytéotique hospitalier (BEH) pour la reconstruction de la cuisine. Le BEH consiste en un transfert des droits réels du bailleur au preneur, avec réintégration de l'entière propriété du bien au bailleur à l'issue du bail. Il permet de faire supporter la charge financière que représentent les travaux par un société choisie après mise en concurrence et d'établir contractuellement un échelonnement de paiement sans avoir à recourir à l'emprunt et donc aux frais qui y sont attachés. La participation de l'HL consisterait en un loyer annuel versé au co-contractant, une fois la construction terminée. Au delà de ces avantages financiers attractifs, l'avantage pour l'HL serait de bénéficier des compétences du secteur privé pour la construction et la gestion du bâtiment sur le plan technique. Toutefois le BEH est un outil complexe qui doit faire l'objet d'une étude de faisabilité importante avant toute décision de contractualisation. C'est pourquoi il sera fait appel à un cabinet d'audit afin de déterminer si cette option est envisageable pour l'HL.

On le voit donc aisément, l'HL n'hésite pas à faire appel aux compétences du secteur privé que ce soit pour bénéficier d'une manne de financement externe, de compétences spécifiques ou de leviers d'une stratégie d'établissement au service de la prise en charge des résidents. Ce rapprochement des compétences du secteur privé vers l'EPS contribue à la constitution d'un maillage productif de compétences, tout à fait en phase avec les orientations actuelles de l'activité des personnes publiques, les rapprochements entre ces 2 secteurs étant largement privilégiés par les pouvoirs publics ces dernières années, comme l'atteste la récente décision de l'Etat d'ouvrir aux entreprises privées la gestion de certaines activités dans le domaine pénitentiaire, domaine régalién par excellence³².

³² Le groupe Bouygues a remporté en mars 2008 un contrat allant très loin dans les missions confiées à un opérateur privé. Outre le financement de la construction, il devra, pendant les 27 ans de la concession, assurer la maintenance et le nettoyage des locaux, mais aussi les services aux personnes, blanchisserie, restauration, soins et transports des détenus ainsi que l'accueil des

Pour résumer, l'appel à des prestataires privés peut être judicieux lorsqu'il est employé dans les objectifs suivants :

- Faire appel aux meilleures compétences à meilleur coût.
- Utiliser les intervenants privés comme leviers d'une stratégie d'établissement au service de la prise en charge du résident.
- Utiliser les intervenants privés comme une manne de financement, cette dernière possibilité devant être manipulée avec précaution.

3.3 Propositions dans une perspective à long terme d'amélioration de la prestation restauration

3.3.1 Propositions pour l'activité de la nouvelle cuisine

Le choix de l'HL de reconstruire son unité de production alimentaire en son sein a été animé par des raisons liées à la recherche de la qualité de la prise en charge plus que par des motifs de stratégie financière. Dès lors afin de pérenniser ce choix, il conviendrait d'optimiser au maximum les possibilités d'un tel projet de construction.

Pour cela il serait intéressant d'étudier au préalable l'environnement de l'HL afin de déterminer son positionnement dans la région muretaine et de définir quelles seraient les « niches » à exploiter pour son activité à long terme. En effet, en fonction des installations des établissements de la région, il serait pertinent d'étudier la place qui pourrait être occupée par la cuisine de l'HL, entre celle du CH et de celle de la cuisine de la communauté d'agglomérations.

Une analyse selon la méthode SWOT³³ faciliterait la détermination de ce positionnement stratégique. En effet, avec ses 222 981 repas servis en 2007 (en augmentation de 10 000 par rapport à 2006), l'activité de la cuisine de l'HL peut être considérée comme importante. Dès lors il pourrait être intéressant d'analyser le niveau de rentabilité et d'effet de seuil dans la perspective de reconstruction afin d'étudier la possibilité de maximiser les prestations du nouveau bâtiment, quitte à développer pour cela une prestation de portage de repas à l'extérieur.

familles et même la gestion du travail des prisonniers et leur formation professionnelle, moyennant un loyer annuel de 48 millions d'euros (source : *Le Monde*, 26 juin 2008)

³³SWOT = Strengths, weaknesses, opportunities, threats (forces, faiblesses, opportunités et menaces) – méthode d'analyse de la capacité stratégique d'une organisation

L'HL a déjà assuré une telle prestation par le passé : jusqu'en février 2006 il fournissait des repas au centre communal d'action sociale (CCAS) de Muret. De plus, actuellement l'HL fournit en liaison froide les repas de l'EHPAD situé en centre ville. Par conséquent une activité de portage de repas à l'extérieur ne provoquerait pas d'investissements majeurs sur le plan des équipements et reste rationnellement envisageable.

Suivant cette réflexion, et selon les résultats de cette analyse environnementale, une option pourrait être envisagée pour l'activité future de la cuisine, à savoir une spécialisation dans la fabrication de repas destinés aux personnes dépendantes.

En effet, du fait du vieillissement général de la population et de l'évolution des pathologies des résidents de plus en plus de personnes accueillies en institution ne peuvent manger que des repas mixés et moulinsés. Dès lors, pourquoi ne pas spécialiser la cuisine de l'HL sur le mixé et le mouliné et faire appel au CCAS de Muret pour la portion de repas normaux ? Le CCAS fournit les repas des scolaires de la ville de Muret, ce seraient donc des repas adaptés aux besoins des enfants de l'IME. Une convention avec la communauté d'agglomération muretaine (CAM) pourrait prévoir une modalité de production de repas pour les week-ends et les périodes de vacances scolaires. Dans une logique de contractualisation, il pourrait y avoir une complémentarité entre les deux prestataires dans la mesure où l'HL pourrait fournir les repas mixés aux personnes âgées de la ville de Muret qui éprouveraient des difficultés à consommer des aliments en mode normal.

La spécialisation de la nouvelle cuisine dans la production de moulinsés orienterait ce projet vers un degré de technicité élevé et en ferait un projet innovant qui à ce titre pourrait correspondre aux critères pouvant être retenus par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour l'obtention de subventions spécifiques pour cette reconstruction.

De plus, dans un objectif d'amélioration de la prise en charge, ce choix permettrait de pallier au manque de diversité des mixés proposés par les prestataires habituels, qui fait que les personnes en résidence longue ont une alimentation peu diversifiée.

Au vu des évolutions démographiques et de la prévisible augmentation de la dépendance dans les années à venir, cette activité tendrait se développer et la spécialisation de la cuisine de l'HL devenir un atout.

3.3.2 Propositions pour l'amélioration de la prise en charge en interne.

Au vu de la situation existante et du projet de pilotage désormais lancé, quelques idées peuvent être envisagées pour améliorer la prestation restauration de l'HL de Muret en fonction des différentes dimensions données à l'alimentation dans la prise en charge de personnes accueillies.

A) Pour améliorer la dimension soins

Rendre efficace la communication entre les différents professionnels qui concourent à la prise en charge nutritionnelle des résidents au sein de l'établissement (cuisine, diététique, pharmacie, équipes soignantes, logistique, hôtellerie et économat) semble une priorité incontournable pour améliorer la prise alimentaire des résidents hébergés. Pour cela, une enquête de la DHOS a fait apparaître que la définition d'une politique d'amélioration de la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition a été favorisée par la constitution au sein des établissements considérés, d'un CLAN³⁴.

Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) a pour but de coordonner et d'évaluer les actions des professionnels concernés pour une meilleure prise en charge nutritionnelle. Trois groupes de professionnels doivent être présents pour réussir la mise en place d'un CLAN : les soignants de proximité (médecin, infirmier, diététicien), les producteurs (cuisine, restauration – hôtellerie, pharmacie), la direction de l'hôpital qui doit notamment afficher l'engagement du directeur.

L'action du CLAN doit s'orienter vers l'évaluation de la malnutrition. Les objectifs affichés peuvent être :

- 1/ Identifier les problèmes
- 2/ Proposer des solutions
- 3/ Assurer le suivi des propositions
- 4/ Réévaluer l'action entreprise

La démarche du CLAN s'inscrit pleinement dans la démarche qualité mise en place par l'ANAES. En se dotant d'un CLAN, comme sous commission de la CME par exemple, l'HL de Muret pourrait se doter d'une instance spécialisée dans l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle et ainsi prévenir efficacement le risque de développement de la dénutrition chez les personnes accueillies.

³⁴ circulaire DHOS/E1/n°2002/186 du 29 mars 2002

B) Pour améliorer la dimension éducative

Dans le cadre des ateliers cuisine sur les services d'hébergement d'enfants, il pourrait être ludique de faire intervenir le chef cuisinier sur les sites, afin de montrer quelques techniques de cuisine aux enfants. Cela permettrait à ces derniers d'identifier le cuisinier à l'origine de leurs plats quotidiens, et ainsi de donner un peu de sens à leur perception des plats.

Dans cette même démarche éducative, le diététicien pourrait intervenir dans certains ateliers pour préciser des éléments d'équilibre nutritionnel.

C) Pour améliorer la dimension plaisir

Cette dimension essentielle peut être valorisée par le biais de plusieurs modalités. Tout d'abord, il s'agit de favoriser la participation des personnes accueillies au choix des menus qui leur seront servis, par le biais de l'instauration de commissions menus. Ce lieu d'échanges permet également d'évaluer les préférences des personnes accueillies et donc de mieux adapter la prestation servie.

Ensuite, l'instauration d'un dialogue régulier entre les chefs de service et le chef cuisine pourrait faire émerger certaines envies ponctuelles des résidents qui pourraient être facilement satisfaites (ex : fruits de saison). L'avantage que représente une cuisine centrale en interne est bien la réactivité par rapport aux besoins des résidents. Il faut donc favoriser cette souplesse de fonctionnement en recourant à des marchés d'approvisionnement qui puissent être adaptés et modifiés au gré des besoins.

Enfin, décloisonner la cuisine des services apparaît important. Pour cela, établir périodiquement une lettre du chef, qui permettrait de communiquer sur les changements de menus été/hiver et sur les éventuelles annonces de fruits de saison pourrait être un moyen simple mais efficace.

Conclusion

Dans les établissements accueillant des personnes dépendantes pour de longues durées, la prestation restauration ne peut être considérée comme une prestation secondaire. Il s'agit bien d'une prestation faisant partie intégrante de la prise en charge des personnes hébergées. C'est pourquoi la recherche de la qualité dans ce domaine est un élément incontournable dans les choix institutionnels. Le maintien d'une unité de production alimentaire au sein d'un établissement est en principe le meilleur moyen de garantir la qualité de la prestation servie aux résidents. Toutefois cette recherche de qualité ne peut se faire à n'importe quel coût. Dans le contexte économique et politique contemporain, l'heure est à la rationalisation des coûts des activités des établissements publics hospitaliers. Si pour l'instant ne sont visés que les hôpitaux, il paraît plausible d'imaginer l'extension de cette orientation, dans les années à venir, à l'ensemble des établissements d'accueil de personnes dépendantes, dans les secteurs sanitaire, social et médico – social.

Dès à présent il est donc impératif pour les directeurs de telles structures de prendre en considération cette évolution et de repenser de manière dynamique l'activité de leur établissement dans cette nouvelle logique. Par conséquent, l'heure est à l'ouverture et à la complémentarité. Ouverture aux réseaux, aux partenariats, qu'ils soient avec des établissements publics, des associations, des établissements ou des entreprises privés, en clair, ouverture dans une logique d'apports réciproques. L'HL de Muret s'inscrit d'ores et déjà dans cette logique d'ouverture en n'hésitant pas à faire appel à des prestataires privés pour certains volets de son fonctionnement.

Les investissements à long terme des établissements se doivent d'être stratégiques, et pour cela d'être pensés dans une logique quasi-entrepreneuriale, en prenant en considération les apports pouvant provenir de l'extérieur et en déterminant les possibilités d'optimisation des investissements effectués. L'EPS doit orienter ses choix institutionnels et organisationnels selon une logique stratégique de rentabilité, à la seule différence que ces orientations ont pour finalité, non pas de dégager des bénéfices comme une entreprise privée, mais bien de poursuivre le but constant d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies, selon la mission de service public qui lui est dévolue.

Bibliographie

Ouvrages de référence :

BRILLANT – SAVARIN J, 1848, *Physiologie du goût*, 1^{ère} édition, Paris, G. de Gonet, 416p.

FERRY M / éd, 2002, *Nutrition de la personne âgée*, 2^{ème} édition, Paris, Masson, 344p

JOHNSON G /éd, 2005, *Stratégique*, 7^{ème} édition, Pearson Education, 732p

TABUTEAU D, 2002, *La sécurité sanitaire*, Berger Levrault, 390p.

Revues :

CREDOC, « Baromètre des perceptions alimentaires », Février 2008, n°209

REY-LEFEBVRE I, 26 juin 2008, « L'Etat confie la réalisation de ses investissements au privé », *Le Monde* p.10

TRONCHON P, mai 1998, « Dossier : restauration », *Techniques hospitalières*, n° 626

Rapports:

ATTALI J, *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française*, remis au Président de la République le 23 janvier 2008

GROUPE POUR L'AMELIORATION DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE HOSPITALIERE, *Rapport relatif au Calcul des coûts par activité, fiches d'analyse d'écart, Données 2005*, C.H.U.d'Angers, Banque de données hospitalières de France

GUY-GRAND B, *Rapport sur l'alimentation en milieu hospitalier*, remis au Ministre de la Santé en 1997

LARCHER G, *Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'Hôpital*, remis au Président de la République le 10 avril 2008

RICOUR C, *Rapport sur la mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé*, remis au Ministre de la Santé en décembre 2002

Textes législatifs et réglementaires :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, circulaire DHOS/E1/n°2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

CONSEIL DE L'EUROPE, Résolution ResAP (2003)3 sur l'alimentation et les soins nutritionnels dans les hôpitaux, adoptée par le Comité des Ministres le 12 novembre 2003 lors de la 860^{ème} réunion des Délégués des Ministres.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, Synthèse du deuxième programme national nutrition santé 2006 – 2010 (disponible sur le site www.mangerbouger.fr)

Sites internet :

Site de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments : <http://www.afssa.fr>

Site de la Banque de Données Santé Publique: <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Site de la bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France : <http://gallica.bnf.fr>

Site de l'EHESP : <http://www.ehesp.fr/>

Site de la Haute Autorité de Santé : <http://www.has-santé.fr>

Site de Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Site du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative : www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

Site de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/>