



EHESP

**Elèves Directeurs d'Établissements
sanitaires, sociaux et médicosociaux**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

***« L'institution face au changement : la conduite d'un
projet de restauration mutualisée entre les hôpitaux
locaux d'Arbois et de Poligny.
Stratégie et moyens d'action des directions »***

Ghislain DURAND

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à mon Maître de stage, Monsieur Alain MURCIER, Directeur de l'Hôpital local d'Arbois, qui m'a accueilli, accompagné et fait découvrir son métier durant ces huit mois de stage de professionnalisation.

Je remercie également Mme Michèle MOREY, Directrice de l'hôpital local de Poligny. Tous deux m'ont accordé leur confiance en m'impliquant tout particulièrement dans leur projet de restauration mutualisée, avec l'accompagnement de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH).

Merci également à tous les personnels pour leur accueil, leurs échanges, leurs aides et leur précieuse collaboration qui ont facilité la conduite de mes missions.

Sommaire

Introduction	1
1 La fonction restauration en hôpital local : des exigences attendues de plus en plus fortes imposant aujourd'hui de profondes restructurations.....	7
1.1 La gestion de la fonction restauration nécessite la prise en compte de nombreuses recommandations et obligations	7
1.1.1 Une première exigence s'impose aux établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux : la lutte contre la dénutrition qui constitue un des axes majeurs de la politique de santé publique	7
1.1.2 Une seconde exigence concerne la qualité et la sécurité alimentaire, l'évaluation et le contrôle de la fonction restauration.....	12
1.2 Une restructuration locale de la fonction restauration : le projet de cuisine centrale mutualisée des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny ...	16
1.2.1 Présentation de l'hôpital local d'Arbois	16
1.2.2 Le projet de mutualisation avec l'hôpital local de Poligny.....	19
1.2.3 L'accompagnement des deux établissements par la MEAH.....	20
2 Deux approches complémentaires dans l'état des lieux de la fonction restauration des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny : le diagnostic MEAH et l'enquête réalisée auprès des personnels de cuisine	23
2.1 La démarche diagnostique proposée par la MEAH	23
2.1.1 Présentation des outils utilisés.....	24
2.1.2 L'intérêt de la démarche pour les directions d'établissement	25
2.2 L'enquête réalisée auprès du personnel des cuisines.....	29
2.2.1 Méthodologie de l'enquête.....	29
2.2.2 Analyse des résultats.....	31

3	L'accompagnement au changement : propositions d'actions et préconisations en matière de management stratégique	41
3.1	Le concept de management stratégique rapporté à la situation des deux établissements.....	41
3.1.1	Démarche et management stratégique	41
3.1.2	le projet de cuisine centrale mutualisée	43
3.2	Une collaboration actuellement sans cadre juridique	44
3.2.1	les outils juridiques de coopération	44
3.2.2	La nécessité de déterminer le mode de coopération dans la mutualisation entre Arbois et Poligny	45
3.3	L'accompagnement du personnel au changement des deux hôpitaux locaux passe par des actions de formation spécifiques	48
3.4	... et un renforcement de la communication.....	49
	Conclusion	51
	Sources et bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	57

Liste des sigles utilisés

- ADMR** : l'association locale de service à domicile
- ANGELIQUE** : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
- AP/HP** : Assistance Publique/Hôpitaux de Paris
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- CLAN** : Comité de Liaison Alimentation – Nutrition
- CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DDCCRF** : Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
- DDSV** : Directions Départementales des Services Vétérinaires
- DESSMS** : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et MédicoSocial
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- GCSMS** : Groupement de coopération Sociale et Médicosociale
- GIE** : Groupement d'Intérêt Economique
- GIP** : Groupement d'Intérêt Public
- GEMRCN** : Groupe d'Etudes des Marchés Restauration Collective et Nutrition
- GPEM/DA** : Groupe Permanent d'Etudes des Marchés / Denrées Alimentaires
- HACCP**: Hazard Analysis Critical Control Point
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- IMC** : Indice de Masse Corporelle
- MAINH** : Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier
- MEAH** : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
- MISSA** : Missions Interservices de Sécurité Sanitaire des Aliments
- MT2A** : Mission de Tarification à l'activité
- PDCA**: to Plan, to Do, to Check, to Adjust
- PNNS**: Programme National Nutrition Santé
- SROSS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
- SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- TIAC** : Toxi-Infection Alimentaire Collective
- UCP(A)** : Unité Centrale de Production (Alimentaire)

Introduction

« L'alimentation à l'hôpital, si souvent décriée, est pourtant l'une des prestations premières que l'hôpital ait dispensée. Offrir un toit et à manger a bien été le but premier de l'hospice devenu hôpital ». ¹

Depuis, dans les établissements sanitaires ou d'hébergement accueillant des personnes âgées, la qualité de la prestation restauration offerte aux patients ou résidents dépasse amplement le cadre d'une relation client – fournisseur traditionnelle mais engage médecins, soignants, personnel hôtelier... et les équipes de direction dans une stratégie nouvelle tendant à concilier satisfaction de l'utilisateur, politiques nutritionnelle et thérapeutique, enjeux économiques et sécurité sanitaire. Ainsi, *« la fonction de restauration d'un Centre Hospitalier ou d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) fait partie intégrante des missions d'un établissement de santé. » ²*

Qui plus est, en terme de population concernée, *« la dénutrition est une pathologie fréquente des sujets âgés. Elle toucherait de 2 à 4 % des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile (10% des plus de 80 ans) et de 30 à 60 % des sujets âgés pris en charge dans les établissements hospitaliers de court séjour et plus particulièrement en soins de suite et réadaptation. » ³*

En conséquence, la lutte contre la dénutrition de la personne âgée et, d'une manière plus générale, la qualité de la prestation repas sont des préoccupations essentielles pour un Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et MédicoSocial (DESSMS).

Si le terme « restauration » revêt plusieurs acceptions (régimes monarchiques français, style de mobilier, remise en état...), dans le domaine

¹ TERMENS Jean. Décembre 2007. « La fonction alimentation à l'hôpital » Revue Hygiènes. Volume XV n° 4. Page 284

² MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS (MEAH). Ministère de la santé et des sports. Organisation de la fonction restauration Retours d'expérience – Tome II. Février 2009. Page 3.

³ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). Extrait des rencontres 2007 : La dénutrition du sujet âgé : un enjeu de santé publique. Comment la dépister, la prévenir, la traiter ? Table ronde n°28 - Thème Amélioration des pratiques - 18 décembre 2007. Disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr_tr28_rencontres_2007.pdf

culinaire, les définitions les plus usuelles renvoient le plus souvent à un « *métier faisant partie de la branche de l'hôtellerie* ». ⁴ En établissement sanitaire, social ou médicosocial, il s'agit surtout d'une restauration collective qui « *se distingue de la restauration commerciale par sa fonction sociale qui se définit par trois caractéristiques : la satisfaction d'un besoin élémentaire de l'être humain..., dans une collectivité déterminée..., avec la garantie d'un prix social...* » ⁵.

Mon stage de professionnalisation, à l'hôpital local d'Arbois dans le JURA, m'a permis d'appréhender pleinement la place et l'importance de la fonction restauration dans ma future fonction de direction. L'une de mes missions a consisté, en effet, à engager une restructuration de cette fonction logistique par le biais d'un projet d'Unité Centrale de Production Alimentaire (UCPA) mutualisée entre les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny.

Ces deux établissements jurassiens regroupent champs sanitaire (médecine, soins de suite et de réadaptation – SSR -) et médicosocial (EHPAD) et présentent une activité et des capacités d'accueil sensiblement identiques. Situés sur des territoires de santé différents (respectivement Dole et Lons Le Saunier), ils ne sont toutefois distants que d'une dizaine de kilomètres.

Différents rapports (Direction des Services Vétérinaires, Accréditation et certification...) soulignaient depuis plusieurs années les dysfonctionnements et le non respect de certaines normes pour chacune des deux cuisines existantes. Pour les deux établissements, les autorités de contrôle et de tarification (l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Franche Comté notamment) avaient décliné une restructuration de chaque service de restauration au bénéfice d'une mutualisation qui restait à définir par les établissements eux-mêmes. Historiquement, plusieurs scénarii ont été envisagés (avec le Centre Hospitalier Spécialisé voisin par exemple). Or, les deux hôpitaux locaux coopéraient depuis plusieurs années dans le champ des ressources humaines par le partage de différents postes (pharmacien, diététicien, qualitatif...) et

⁴ L'Internaute Encyclopédie. Disponible sur Internet : <http://www.internaute.com/dictionnaire> . Consultation du 11/06/2009

⁵ Syndicat National de la Restauration Collective. Disponible sur Internet : <http://www.snrc.fr> . Consultation du 11/06/2009

finalement, au regard des études de faisabilité conduites par un consultant externe, un projet de cuisine centralisée commune aux deux établissements a été retenu par les directions.

Toutefois, cette décision est restée de l'ordre de l'intention et n'a pas été initiée sous la forme d'une nouvelle entité juridique ni par la mise en place de nouvelles conventions ou accords de coopération.

Le véritable engagement « officiel » a consisté en une candidature commune, déposée début 2008, auprès de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) pour un accompagnement à « *L'organisation de la fonction restauration* ». Cette candidature a alors été retenue (20 établissements sélectionnés en 2008, au plan national, dont trois hôpitaux locaux) et la démarche s'est engagée dès septembre 2008 (formations à la MEAH, journée de lancement et interventions d'un consultant sur les deux sites) pour une durée maximale d'un an. L'accompagnement proposé par la MEAH vise à formaliser une nouvelle organisation de la fonction restauration (en matière de processus, locaux et équipements, politiques nutritionnelle et hôtelière, plan alimentaire, réduction du jeûne nocturne...) commune aux deux établissements.

C'est dans ce contexte d'accompagnement par la MEAH que je me suis engagé dans ce projet, dès juin 2008, lors d'une première semaine de stage à l'hôpital local d'Arbois. Avant même le début du stage de professionnalisation programmé de novembre 2008 à juin 2009, j'ai participé, début septembre 2008, au lancement de la démarche nationale puis à trois journées de formation au siège de la MEAH en qualité de chef de projet pour les deux hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny. Ensuite, durant mon stage sur Arbois, j'ai été amené à coordonner cette démarche entre les deux directions d'établissement, différents groupes de travail et un cabinet de consultant mandaté par la MEAH. Formations, structuration du pilotage de la démarche, constitution de groupes de travail, audits, réunions, temps de synthèse, élaboration de documents, mise en place d'outils, validation, visites de sites, communication aux personnels... reflètent les multiples aspects de mon implication et investissement dans ce projet, dont émane aujourd'hui ce travail de fin d'études.

La mission confiée intégrait de multiples champs tels l'organisation de la fonction logistique, l'élaboration d'une politique nutritionnelle, l'hygiène et la démarche qualité ou encore le management et la conduite de changement.

Ce sont ces deux derniers points qui ont plus particulièrement orienté ma réflexion pour l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, le projet de mutualisation interrogeait le positionnement stratégique des personnels de direction à l'égard des autorités de contrôle et de tarification, des élus et des différents partenaires institutionnels.

Ensuite, il a posé, tout au long de sa construction, les limites du partenariat entre les deux établissements, chaque entité cherchant régulièrement à défendre ses propres intérêts.

Enfin, si la démarche d'accompagnement par la MEAH s'est révélée particulièrement constructive et fédérative, elle n'a pas levé pour autant toutes les interrogations ni répondu à toutes les attentes des personnels de cuisines. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, mon enquête réalisée auprès du personnel des services de restauration a révélé les vives inquiétudes ressenties à l'égard de l'emplacement de la nouvelle cuisine, des futures organisations du travail, des positionnements fonctionnels et hiérarchiques... sans compter l'impression - partagée par quelques uns – qu'une fois de plus, le projet d'un nouveau service de restauration n'aboutirait pas...

Toutes ces réflexions ont suscité une analyse et un certain recul interrogeant ma future fonction de DESSMS.

Elles soulèvent finalement une problématique - illustrée par la restructuration de la fonction restauration mais au demeurant beaucoup plus large- qui me paraît essentielle :

« Comment le management stratégique d'une direction peut-il favoriser la dynamique de changement nécessaire à la restructuration de la fonction restauration ? »

Ce questionnement résulte d'autres interrogations issues des observations, investigations et analyses réalisées durant mon stage de professionnalisation :

- Dans la gestion de la fonction restauration, quelles exigences s'imposent aujourd'hui aux DESSMS ?

En matière de nutrition et de sécurité sanitaire, une synthèse des principales recommandations et réglementations opposables aux établissements sanitaires sera évoquée.

- En quoi l'accompagnement par la MEAH, dans ce projet de restructuration de la fonction restauration apparaît-il comme une démarche facilitante ?

Les missions et objectifs de la MEAH seront présentés ainsi que leur application concrète sur les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny avec notamment la « phase diagnostic » puis l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'actions. L'objet ne sera pas ici de détailler la conduite et les résultats des travaux mais d'explicitier l'intérêt de la démarche.

- Pour autant, cette démarche d'accompagnement par la MEAH est-elle suffisante en matière de management stratégique?

Durant le stage, les observations, rencontres, entretiens formels ou non avec le personnel des cuisines ont régulièrement révélé des inquiétudes et besoin d'information. Aussi ai-je proposé des entretiens semi directifs individuels aux deux équipes de restauration. Méthodologie de l'enquête, grille d'entretien ainsi que leur exploitation seront synthétisées mettant en exergue les attentes, craintes et suggestions des agents concernés.

En lien, des approches conceptuelles sur le changement et le management stratégique seront apportées à différents moments de l'exposé, avec l'appui de références théoriques.

- En réponse, pour favoriser une restructuration de qualité, quelles peuvent être les actions à mettre en œuvre par la direction, en complément de la démarche MEAH ?

La recherche repose ici sur une revue documentaire sur la réglementation et les recommandations en matière de coopération ainsi que sur la description et l'analyse du contexte local. Une approche comparative de

différents modes de coopération a été synthétisée. Conjuguée à une réunion organisée avec un juriste au sein de l'ARH de Franche Comté, elle constitue une aide à la décision quant au cadre juridique à formaliser.

Parallèlement, des actions de communication et de formation seront proposées.

A noter que compte tenu de l'engagement du projet durant la période de stage, la phase relative aux opérations de travaux n'est pas abordée dans le cadre de ce travail, un appel d'offre pour l'assistance technique à la maîtrise d'ouvrage ayant été lancé en avril 2009.

Dans la première partie de cet écrit seront exposées les exigences attendues aujourd'hui en matière de restauration et qui concernent tout particulièrement les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux. Ce cadre général sera complété et illustré par la situation concrète des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny. L'attention sera apportée, également à la démarche de pilotage et de coordination conduite sur les deux établissements, avec l'accompagnement de la MEAH et qui a permis d'élaborer les diagnostics respectifs de la fonction restauration des deux établissements.

Une seconde partie présentera un état des lieux s'appuyant sur la démarche diagnostique de la MEAH. Mais il m'est apparu essentiel de compléter cette approche par un intérêt plus marqué porté aux équipes de restauration d'où l'enquête que j'ai été amené à réaliser auprès des personnels des deux cuisines. La présentation et l'analyse de cette étude seront étayées par des éléments théoriques sur la dynamique de changement.

La troisième partie de l'exposé portera sur les actions engagées et les préconisations utiles à ce projet de restructuration. Si le plan d'action élaboré et mis en œuvre en réponse à la « phase diagnostic MEAH » participe à la dynamique de changement, d'autres préconisations relatives notamment à la communication et à la formation du personnel seront proposées. Enfin, dans le cadre de la création de la future Unité Centrale de Production Alimentaire (UCPA) mutualisée entre les Hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny, une réflexion quant au choix du mode de coopération et ses modalités de mise en place soulignera une prérogative des personnels de direction propice à favoriser et clarifier la dynamique du changement.

1 La fonction restauration en hôpital local : des exigences attendues de plus en plus fortes imposant aujourd'hui de profondes restructurations

1.1 La gestion de la fonction restauration nécessite la prise en compte de nombreuses recommandations et obligations

1.1.1 Une première exigence s'impose aux établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux : la lutte contre la dénutrition qui constitue un des axes majeurs de la politique de santé publique

La dénutrition est un « *état pathologique qui résulte d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport aux besoins de l'organisme. Le défaut d'apports entraîne obligatoirement des pertes tissulaires, notamment des fontes musculaires (amyotrophie) avec pour conséquence l'altération des capacités de l'organisme à répondre à certaines agressions (infections) et à une diminution de l'autonomie (moindre mobilisation) ...* » ⁶ . Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne voire aggrave un état de fragilité ou de dépendance et contribue à la survenue de pathologies.

Touchant toutes les catégories de population, les pathologies associées à une dénutrition ou une malnutrition ont une forte incidence sur les dépenses de l'Assurance maladie. Ainsi, « *les maladies cardiovasculaires à l'origine de 170.000 morts par an ou encore le diabète « gras » qui touche 2 millions de Français mais aussi les cancers, l'ostéoporose, l'anorexie... coûtent 5 milliards d'euros par an et la part attribuée à la mauvaise nutrition atteindrait 800 millions d'euros* ». ⁷

En établissement de santé, la dénutrition participe à l'accroissement des dépenses de santé. Ainsi, en 1999 déjà, « *le rapport britannique du King's Fund Center a calculé qu'une meilleure prise en charge nutritionnelle aboutirait à une diminution de la durée d'hospitalisation de cinq jours pour environ 10 %*

⁶ Définition de la dénutrition/ Mise à jour du 23/04/2008. <http://www.denuitration-geriatrie.com/> Consultation du 13/01/2009

⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Deuxième programme national nutrition santé – 2006-2010 – Synthèse. Page 1

*des patients, les économies réalisées étant estimées à 453 millions d'euros par an. »*⁸

La France s'est particulièrement engagée, depuis 2001, dans la lutte contre la dénutrition et la malnutrition avec un premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001 – 2005. Parmi les objectifs nutritionnels de ce plan, ceux intéressant plus particulièrement les établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux, portent sur l'augmentation de la consommation des fruits et légumes, du calcium et de la vitamine D, la réduction des apports lipidiques totaux et des glucides simples. En outre, concernant l'accueil et la prise en charge des patients ou résidents, ce programme insiste sur la prévention, le dépistage, la limitation de la dénutrition et le développement d'actions de formation des professionnels. La mise en œuvre de ce programme se caractérise également par une vaste campagne de communication et la diffusion de guides.

Puis, en 2004, la loi relative à la politique de santé publique⁹ a fixé comme objectif quantifiable de « *réduire de 20 % le nombre de personnes âgées dénutries (passer de 350 – 500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 – 400 000 et de 100 – 2000 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 – 160 000 d'ici à 2008).* »

Plus récemment, dans ses recommandations concernant les personnes âgées, le deuxième PNNS 2006 – 2010 a conforté et élargi les objectifs nutritionnels prioritaires du premier programme en privilégiant trois grands domaines d'intervention : la ville, les établissements médicosociaux et les établissements de soins. Prévention, dépistage et prise en charge sont pris en compte avec, là encore, des actions de formation à engager auprès des professionnels de santé mais également auprès des agents chargés de la restauration. La promotion par les établissements des recommandations émanant des travaux de la MEAH est mise en exergue. Le programme insiste également sur la nécessité de généraliser, d'ici 2010, les Comités de Liaison

⁸ M.FERRY / E.ALIX, P.BROCKER / T.CONSTANS, B.LESOURD / D.MISCHLICH, P.FPITZENMEYER / B.VELLAS 2007 *Nutrition de la personne âgée* 3^{ème} édition PARIS MASSON page 7

⁹ Loi n°2004 – 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Objectif quantifiable 98. JORF n° 185 du 11 août 2004

en Alimentation – Nutrition (CLAN) dans les établissements de santé en suggérant de les rendre obligatoires à l’instar des Comités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Comme le précise le Docteur Jean-Fabien ZAZZO, « *l’esprit visionnaire de certains, la confiance acquise, après de longues discussions argumentées, et finalement la parole donnée aux patients et à leur famille ont fini par persuader les responsables politiques que les CLAN étaient nécessaires ; le principe de précaution a catalysé cette certitude* ». ¹⁰

Les missions des CLAN portent sur la politique, les travaux et actions prioritaires, la formation ou encore l’évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l’alimentation, de la nutrition, de la prise en charge hôtelière. Toutefois, malgré un « *accroissement régulier du nombre d’établissements qui se dotent d’une telle structure* », le pourcentage d’établissements disposant d’un CLAN n’est passé que de « *18 % en 2000* » à « *30,3 % en 2004* ». ¹¹ L’existence ou non de cette nouvelle commission apparaît corrélée à la taille et la nature des établissements, les hôpitaux locaux, notamment, présentant un des taux de présence les plus faibles.

Cette situation s’explique du fait que, d’une part la mise en place d’un CLAN relève d’une recommandation ¹² et que, d’autre part les établissements ne sont pas toujours prêts, culturellement parlant, à cette nouvelle organisation ou ne disposent pas toujours des ressources internes nécessaires et efficaces pour sa mise en œuvre.

D’autres exigences, extérieures dans leur origine aux champs sanitaire et médicosocial, interfèrent de plus en plus dans l’organisation des établissements accueillant et prenant en charge notamment les personnes âgées. Ainsi, à l’initiative du Groupe d’Etudes de Marché de la Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN), une nouvelle charte d’engagement sur des

¹⁰ MEAH. Avril 2008. *Comité de Liaison en alimentation et nutrition. Mettre en place et animer un CLAN. Guide pour les établissements de santé*. PARIS. Berger-Levrault. Préface du Dr Jean-Fabien ZAZZO, Membre du Comité de pilotage du PNNS. Chargé de mission auprès de la Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins (DHOS). Page 7.

¹¹ MEAH. Avril 2008. Ibid page 17

¹² DIRECTION DE L’HOSPITALISATION ET DE L’ORGANISATION DES SOINS (DHOS). Circulaire E1 n ° 2002- 186 du 29 mars 2002 relative à l’alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

normes spécifiques à la nutrition, pour la restauration scolaire, a vu le jour en mai 2007.¹³ Elle fixe de nouvelles références aux professionnels (fournisseurs, prestataires...) autour de quatre points essentiels : les besoins nutritionnels (rééquilibrage des acides gras, diminution des glucides simples ajoutés...), les menus, les rendez-vous alimentaires et la traçabilité.

Le caractère opposable de ces recommandations, initialement prévu, a été supprimé dans la loi HPST¹⁴ adoptée le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. L'application de ces recommandations est toutefois de plus en plus fréquente dans les établissements de santé du fait de leur prise en compte par la MEAH dans les accompagnements qu'elle propose.

La dénutrition ou la malnutrition sont donc aujourd'hui des enjeux majeurs de santé publique et elles affectent tout particulièrement la population des seniors accueillis en institution.

Une étude, « Energie 4 + », a été réalisée en 2002 par l'Assistance publique / Hôpitaux de Paris (AP/HP).¹⁵ Cette enquête de consommation s'est déroulée sur quatre jours, sur un panel de 884 patients pour plus de 7000 repas livrés. Elle a montré que 45% des patients étaient dénutris (en moyenne de 7 kg) dont 33,3% avec un Indice de Masse Corporelle normal (IMC correspondant au rapport poids / taille au carré). Entre autres résultats significatifs, elle révèle que 30 % des patients seulement consomment la totalité de la prestation repas. Les causes de non consommation sont médicales dans 40 % des cas mais surtout logistiques dans 60 % des situations et ce, quelque soit le domaine d'activité.

¹³ Recommandation n° J5-07, rédigée par le GEMRCN et approuvée par le Comité exécutif de l'Observatoire Economique de l'Achat Public (OEAP) le 4 mai 2007. Il se substitue à la recommandation relative à la nutrition n° J3-99 du 6 mai 1999 du Groupe Permanent d'Etudes des Marchés / Denrées Alimentaires (GPEM/DA), rééditée en juin 2001 (brochure JO n° 5723).

¹⁴ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁵ Présentation des conclusions de l'étude « Energie 4 + » : les problèmes de nutrition, fréquence, causes et conséquences. Disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr> . Dossier thématique restauration. Rubrique documentation. « L'alimentation à l'hôpital, un réel enjeu de santé »

Face à ces difficultés, plusieurs raisons sont évoquées. Tout d'abord, la dénutrition ou la malnutrition sont des pathologies relativement récentes et leurs enseignements dans les formations initiales, médicales ou paramédicales, mais également dans les formations continues mériteraient d'être développés. Les pratiques professionnelles, quant à elles, ne prennent pas systématiquement en compte l'état nutritionnel des patients ou résidents. Ainsi, lors de l'admission d'une personne âgée, le dépistage de la dénutrition est loin d'être généralisé (estimé à 10 à 30 % des cas dans l'enquête de l'AP/HP de 2002). De même, tout au long des séjours, les ingesta ne sont pas toujours mesurés.

A cela s'ajoutent les perturbations occasionnées chez le patient ou le résident par le changement d'environnement, de nouveaux horaires de repas ou encore des habitudes alimentaires imposées (choix alimentaire limité, menu peu explicite, peu ou pas d'aide au repas...).

Dans un rapport paru en septembre 2003, le Professeur Claude RICOUR précisait que « *soulignés il y a déjà 30 ans, les problèmes que pose la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés sont toujours d'actualité... Près de la moitié des patients hospitalisés sont dénutris ou à risque de l'être. Cependant ceci, dans bien des cas, est encore sous-estimé voire ignoré, même dans les groupes les plus exposés* ». ¹⁶

Ce même rapport soulignait également la nécessité que la fonction restauration réponde, dans les établissements de santé, « *aux critères de sécurité maximum, conformes aux connaissances scientifiques actuelles et à la réglementation* ». ¹⁷

Cette sécurité alimentaire repose sur le respect de référentiels reconnus, une évaluation régulière des pratiques professionnels par des audits internes ou externes et des contrôles réglementés.

¹⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. RICOUR Claude. Décembre 2002. *Mise en place d'une politique nutritionnelle en établissement de santé*. Rapport de mission. Page 5

¹⁷ Ibid page 10

1.1.2 Une seconde exigence concerne la qualité et la sécurité alimentaire, l'évaluation et le contrôle de la fonction restauration

Le contrôle des risques alimentaires est un objectif prioritaire. Il s'appuie sur la méthode Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP que l'on peut traduire par l'analyse des dangers et des points critiques pour leur maîtrise) dont la mise en œuvre est obligatoire depuis 1997.¹⁸ Cette réglementation, récente au demeurant, marque la naissance d'une gestion rigoureuse et rationnelle des règles d'hygiène en restauration collective en imposant à chaque responsable d'établissement la mise en œuvre d'une démarche HACCP. Les principes majeurs de cette méthode consistent en la formalisation de documents analysant les principaux risques et points critiques en matière d'hygiène alimentaire ainsi que leurs mesures préventives et ce, pour tous les processus liés à la fonction restauration. Un dispositif de surveillance doit être mis en place avec un système précis d'enregistrement. Toutes les actions correctives potentiellement nécessaires doivent également être formalisées. Cette méthode s'inscrit pleinement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, avec un système documentaire dédié et validé, des responsables et des opérateurs concernés clairement désignés. Le dispositif mis en place est régulièrement soumis à évaluations, en interne (sur les bases de l'autocontrôle) et en externe. Il est réajusté si nécessaire.

Au début des années 2000, les règles sanitaires européennes se sont harmonisées et durcies, en particulier pour la sécurité des consommateurs au regard de la libre circulation des denrées alimentaires. D'où la publication de plusieurs règlements européens sous la forme d'un « paquet hygiène » relatif aux règles spécifiques pour l'alimentation animale, aux règles générales d'hygiène pour toutes les denrées alimentaires et pour les denrées alimentaires d'origine animale. L'un de ces règlements européens¹⁹ régit désormais les règles d'hygiène applicables à toute restauration collective. La méthode HACCP y tient la première place avec des dispositions applicables aux locaux, au transport, aux équipements, aux déchets, à l'alimentation en eau, à

¹⁸ MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. JORF du 23 octobre 1997. Page 15437

¹⁹ RÈGLEMENT (CE) DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL
No 852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires. Journal Officiel de l'Union Européenne (J.O.U.E) du 30 avril 2004

l'hygiène personnelle, aux denrées alimentaires, aux emballages et conditionnements, aux traitements thermiques et à la formation. Certaines règles d'hygiène spécifiques sont également décrites telles le respect des critères biologiques, le respect des exigences en matière de contrôle de la température, le maintien de la chaîne du froid et le prélèvement d'échantillons avec leurs analyses. Sept principes sont désormais reconnus comme références européennes s'imposant à tous les professionnels concernés.²⁰

Ce même règlement européen permet désormais à une cuisine centrale de bénéficier d'un agrément sanitaire européen. Les modalités d'obtention de cet agrément sont fixées par voie réglementaire.²¹

*« L'ensemble de ces mesures constitue le fondement des pré requis ou bonnes pratiques d'hygiène qui devront être décrits dans le plan de maîtrise sanitaire ²² que doivent élaborer les cuisines centrales agréées ».*²³

Avec ou sans agrément européen, les services de restauration collective à vocation sociale sont obligatoirement soumis à différents contrôles. En premier lieu, les services d'hygiène alimentaires des Directions Départementales des Services Vétérinaires (DDSV) assurent cette mission, en lien avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF), dans le cadre des

²⁰ Ibid article 5 :

« - Identifier tout danger qu'il y a lieu de prévenir, d'éliminer ou de ramener à un niveau acceptable.

- Identifier les points critiques au niveau desquels un contrôle est indispensable...

- Etablir, aux points critiques de contrôle, les limites critiques qui différencient l'acceptabilité de l'inacceptabilité ...

- Etablir et appliquer des procédures de surveillance efficace...

- Etablir les actions correctives à mettre en œuvre...

- Etablir des procédures exécutées périodiquement pour vérifier l'efficacité des mesures...

- Etablir des documents et des dossiers en fonction de la nature et de la taille de l'entreprise pour prouver l'application effective des mesures... »

²¹ MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale. JORF n° 182 du 8 août 2006. Texte 25.

²² MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Arrêté du 8 juin 2006. *Op. Cit.*

²³ GROSJEAN Lionel. Décembre 2007. « Plan de maîtrise sanitaire et HACCP en restauration hospitalière ». *Revue Hygiènes*. Volume XV. N° 4. Page 291

Missions Interservices de Sécurité Sanitaire des Aliments (MISSA). Les inspecteurs de ces services ont un libre accès aux locaux de stockage, fabrication... Ils peuvent effectuer des prélèvements pour analyse, consigner ou saisir des produits. En cas de dysfonctionnements graves, un procès-verbal de constatation peut être adressé au Procureur de la République. Une restriction ou même une cessation d'activité de la cuisine peut alors être engagée (décision par arrêté préfectoral). L'attention est particulièrement apportée au contrôle des denrées et aux règles d'hygiène (bonnes pratiques, marche en avant, HACCP, autocontrôles, traçabilité...).

Le risque le plus redouté (surtout auprès d'une population à risque telles les personnes âgées) est la toxi-infection alimentaire collective (TIAC) ²⁴ qui se définit par l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, de type gastro-intestinal le plus souvent, dont la cause peut être rapportée à la même origine alimentaire. Dans cette situation, les directions d'établissement doivent obligatoirement effectuer une déclaration auprès des autorités de santé publique (DDASS, DDSV). Face au problème de TIAC, elles doivent s'assurer également de la conservation de « *plats témoins à la disposition exclusive des services officiels de contrôle. Ces plats témoins sont des échantillons représentatifs des différents plats distribués aux consommateurs, clairement identifiés, prélevés en suffisamment grande quantité pour permettre leur analyse microbiologique et, le cas échéant, chimique, dans les meilleures conditions possible. Ils doivent être conservés pendant au moins cinq jours après la dernière présentation au consommateur, dans des conditions non susceptibles de modifier leur qualité microbiologique* ». ²⁵

Il est à noter que la sécurité alimentaire n'est pas l'apanage des établissements de santé et que son contrôle n'est pas exclusivement dévolu au personnel de la DDSV. Ainsi, par exemple, un guide d'inspection, publié en 2002, s'intéresse lui aussi, pour les établissements sociaux et médicosociaux,

²⁴ MINISTERE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Note de service DGAL/MUS/N2009-8191 relative à la gestion des toxi-infections alimentaires collectives – Déclaration, inspection et rapport d'investigation. 19 pages
Disponible sur Internet : <http://ressources.ehesp.fr/igs/data/rese/n090709b.pdf>

²⁵ MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. *Op. Cit.*

à la qualité (« heures et durée des repas ?... ») et à l'hygiène en restauration (« Propreté de la cuisine, équipement vestimentaire du personnel ?... »).²⁶

En dehors des procédures de contrôle, les démarches qualité et d'évaluation prennent systématiquement en compte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel et la satisfaction des consommateurs, qu'il s'agisse en EHPAD du référentiel ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements) ou de l'accréditation / certification de la HAS (Haute Autorité de Santé) en établissement sanitaire. Enfin, d'autres exigences participent à la qualité de la prestation restauration et à la satisfaction de l'utilisateur : le rapport qualité / prix et l'impact du coût du repas notamment dans la participation financière du résident.

Les deux paragraphes précédents proposaient une synthèse des principales exigences attendues aujourd'hui en matière de nutrition et de sécurité alimentaire à l'égard des établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux. Qu'il s'agisse de réglementations ou de recommandations, elles sont désormais opposables aux directions de ces établissements. Elles expliquent, sans pour autant les légitimer, les dysfonctionnements et difficultés rencontrés par ces institutions dans l'organisation de leur fonction restauration. Soumis à de fortes contraintes liées aux locaux, aux équipements ou encore aux niveaux de qualification des personnels, les établissements doivent de plus en plus s'engager dans de profondes restructurations. Ces nouvelles orientations soulèvent d'autres problèmes, d'allocations de ressources et de financement notamment ou encore de partenariat et de coopération.

L'hôpital local d'ARBOIS, lieu de mon stage de professionnalisation, s'est trouvé confronté à cette situation...

²⁶ DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. Sous-direction des âges de la vie. Juillet 2002. *Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médicosociaux*. 35 pages. Disponible sur Internet : <http://bourgogne.sante.gouv.fr/themes/institutions/ddass89/doc/guidrepe.pdf>

1.2 Une restructuration locale de la fonction restauration : le projet de cuisine centrale mutualisée des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny

1.2.1 Présentation de l'hôpital local d'Arbois

L'hôpital local d'ARBOIS est un établissement public de santé, doté de l'autonomie juridique et financière et situé dans une ville de 3500 habitants, au nord du département du Jura à environ 40 kilomètres de Lons le saunier, Dole et Besançon (Département du DOUBS).

Etablissement de proximité, il dépend du territoire de santé de Dole (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale - SROSS 3 -).

Son activité est liée principalement à la gériatrie.²⁷ Il participe ainsi à :

- la surveillance et aux traitements de patients dans le cadre d'hospitalisations en médecine ou soins de suite et de réadaptation (SSR),
- la prise en charge de personnes âgées dans le cadre des structures d'hébergement (EHPAD),
- la prise en charge de patients souffrant de troubles cognitifs (à la journée).

Cette activité est répartie sur deux sites. Le site principal (hôpital) est autorisé pour :

- 8 lits en médecine,
- 17 lits en soins de suite et de réadaptation,
- 41 lits d'hébergement permanent,
- 2 lits d'hébergement temporaire,
- 7 places d'accueil de jour (ouverts depuis juillet 2009).

²⁷ En 2007, l'activité de l'établissement s'est réparti de la manière suivante : 4,5 % pour la médecine, 11,60 % pour le SSR, 83,50 % pour l'EHPAD et 0,40 % pour l'hébergement temporaire. Environ 41000 journées d'EHPAD sont recensées sur l'année. En médecine, l'âge moyen des personnes hospitalisées est de 82,6 ans pour une DMS de 15,3 jours. En SSR, l'âge moyen des patients est de 81,1 ans pour une DMS de 37,4 jours. *Données d'activité traitées par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne*

Le deuxième site, la « Résidence Delort », date de 1974. Situé en ville, à moins de deux kilomètres de l'hôpital, il comporte 73 lits d'hébergement permanent.

L'établissement accueille des patients et résidents originaires essentiellement du département et plus particulièrement du canton d'ARBOIS. Sur son site principal, l'hôpital intègre des locaux rénovés en deux phases, en juin 2004 et janvier 2005.

Des conventions sont passées avec les centres hospitaliers généraux du département qui proposent ainsi l'accès à leurs plateaux techniques et des consultations spécialisées à la population arboisienne. Une convention d'adhésion au réseau régional de soins palliatifs existe également avec le centre hospitalier général de Dole.

Le directeur est assisté d'une adjointe des cadres chargée des services économiques et financiers, d'une adjointe administrative pour la gestion des ressources humaines, d'une technicienne de l'information médicale et de trois secrétaires.

L'équipe technique se compose de quatre personnes (dont un responsable). La fonction blanchisserie est externalisée pour la quasi totalité de son activité.

L'encadrement soignant est assuré par deux cadres de santé (un sur l'hôpital et un sur la résidence Delort).

Pour compléter le dispositif, des conventions permettent de mutualiser l'emploi de personnel (pharmacien, infirmière hygiéniste, psychologue et assistante sociale) avec d'autres établissements et plus particulièrement un autre hôpital local du « triangle d'or » situé à Poligny.

Un recrutement en 2008 a permis d'occuper le poste de qualicien (à 0,50 Equivalent Temps Plein) et de diététicien (0,50 ETP).

Au total, l'établissement gère 126 emplois pour 104,63 ETP.

La cuisine de l'établissement est implantée sur le site Delort (EHPAD). Elle propose une prestation repas à d'autres structures telles que l'hôpital de jour dépendant du Centre hospitalier spécialisé (CHS) départemental et le service local de portage de repas de l'association locale de service à domicile (ADMR).

Sept personnes (dont un responsable de service jusqu'en avril 2009) assurent la fabrication (en liaison chaude avec une production journalière traitée en une seule fois) et le transport des repas pour l'hôpital et pour la structure de jour dépendante du CHS, et ce, sept jours sur sept.

La production annuelle est d'environ 140 000 « repas pondérés » ²⁸ (Données 2007. Autodiagnostic MEAH octobre - novembre 2008).

Les locaux datent de la création de la maison de retraite Delort (aujourd'hui EHPAD) dans les années 1970. Des aménagements réguliers ont été réalisés depuis afin de se mettre en conformité avec la réglementation. Les travaux les plus récents ont consisté en une séparation stricte des secteurs préparations chaudes et froides et en un secteur unique de livraison des matières premières au sous-sol de la structure. La partie plonge a bénéficié également de travaux d'amélioration.

Néanmoins, les locaux ne sont plus adaptés à l'importance de l'activité et, malgré les modifications apportées, ne « *permettent surtout pas une augmentation de la production* ». ²⁹ De même, « *les grandes baies vitrées... sont aussi une source de température élevée des locaux de préparations*

²⁸ Le calcul de l'activité restauration d'un établissement de santé peut être approché de deux manières :

- Un calcul sur la base de demi-journées alimentaires : Celles-ci correspondent à un calcul simplifié de l'activité : seuls les déjeuners et les dîners sont comptabilisés et les prestations annexes (petit-déjeuner, collations, goûters...) sont intégrées et réparties dans les prestations principales. Ce mode de calcul est celui retenu par la base de donnée de la comptabilité analytique nationale appelée aussi base d'Angers.

- Un calcul pondéré de l'activité : Ce mode de calcul intègre une notion de taux de pondération calculé sur la base du coût matière des composantes des prestations

Composante du repas	Calcul du taux de pondération	Taux de pondération
Entrée	1/3 des éléments périphériques	0,11
Produit laitier ou fromage	1/3 des éléments périphériques	0,11
Dessert	1/3 des éléments périphériques	0,11
Element protidique	2/3 de l'élément principal	0,44
Plat d'accompagnement	1/3 de l'élément principal	0,22

²⁹ Extrait du dernier rapport d'inspection de la Direction Départementale des Services Vétérinaires du Jura daté du 21/03/2008. Inspection réalisée le 10/03/2008. Page 2

*froides... Les portes en bois poncé de la chambre froide des légumes ... doivent disparaître... ».*³⁰

En résumé, les diverses inspections ou audits réalisés sur la cuisine de l'hôpital d'Arbois, (la visite de certification « V 2007 » effectuée du 12 au 15 mai dernier l'a conforté), ont montré la nécessité d'une profonde restructuration en matière de locaux (respect de la marche en avant, accès aux cuisines règlementé...), d'équipements (chariots de distribution obsolètes sur le site Delort...) et d'organisation (réception des marchandises à revoir...).

Les autorités de tutelle et de tarification, et tout particulièrement l'ARH de Franche Comté, ont priorisé pour cette restructuration le choix d'une mutualisation qu'il restait à définir.

1.2.2 Le projet de mutualisation avec l'hôpital local de Poligny

L'hôpital local de Poligny (5000 habitants environ), distant d'une dizaine de kilomètres environ d'Arbois, présente une taille, des missions et une activité similaires (un seul site avec un service de soins de suite et de réadaptation de 20 lits, un service EHPAD de 130 lits répartis en plusieurs unités de vie et un accueil de jour de 5 places en cours d'ouverture).

Construits autour d'un ancien cloître, les locaux sont vétustes mais le plan directeur engage de nombreux travaux de rénovation ou de construction à visée d'humanisation.

La cuisine fonctionne également en liaison chaude avec une production journalière traitée en une seule fois et étalée sur les sept jours de la semaine. Une prestation extérieure et assurée, comme à Arbois, pour l'ADMR locale. La production annuelle est d'un peu plus de 144 000 repas pondérés. Elle est assurée par une équipe de huit personnes (dont un responsable cuisine).

En matière de restauration, l'établissement pâtit d'importants problèmes de locaux : un foncier très restreint ne lui permettant pas d'accroître sa zone de production en intra-muros, des offices réduits ou mal positionnés, une zone

³⁰ Ibid page 2.

plonge éclatée sur plusieurs unités, un matériel de distribution des repas obsolète...

Pour réaliser la restructuration de sa cuisine, en répondant aux attentes des tutelles, l'hôpital local de Poligny, par l'intermédiaire d'un consultant, a réalisé une étude sur la meilleure opportunité existante en matière de mutualisation.

La proximité des deux établissements, leurs besoins similaires, leurs coopérations actuelles et antérieures et enfin, l'intérêt économique ont plaidé pour un projet de restructuration mutuelle entre les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny.

Le projet s'est axé sur la création d'une unité centrale de production (UCP) avec, pour principe, la mise en place d'un nouveau process : la liaison froide. Les arguments en faveur de ce nouveau procédé ont été apportés par le consultant : souplesse et optimisation de son fonctionnement, plus grande maîtrise des productions, respect plus aisé des normes HACCP, meilleure adaptation à des modes de services à la fois en salle à manger et sur plateaux et choix de process de production performants avec de nouvelles techniques comme la cuisson à basse température...

Il est à noter que, d'une part ce choix ne faisait pas l'unanimité (ce point sera repris lors de la présentation de l'enquête réalisée auprès du personnel des cuisines) et d'autre part, une interrogation, lourde en implication et décision s'est rapidement imposée : où implanter la future cuisine ?

Pour mener à bien ce projet, les hôpitaux locaux de POLIGNY et d'ARBOIS, ont souhaité être accompagné par la MEAH dans le cadre de la mutualisation de leurs moyens, tant humains qu'organisationnels.

1.2.3 L'accompagnement des deux établissements par la MEAH

La MEAH est une des trois missions (avec la Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier –MAINH- et la Mission de Tarification à l'activité - MT2A-) créées par la loi de financement de la sécurité sociale de 2003.³¹ Son objectif est d'accompagner les établissements de santé volontaires afin de faire émerger une meilleure organisation des activités (qualité du service,

³¹ Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Annexe : Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

efficience économique, conditions de travail satisfaisantes), à partir d'actions de terrain et grâce au soutien de sociétés de conseils. Le champ de ses interventions est très large, s'étendant du soin (radiothérapie, imagerie, urgences, circuit du médicament...), au management et pilotage (temps médical, comptabilité analytique...) en passant par la recherche et les processus supports (recouvrement, dossier patient, restauration, circuit des déchets...).³²

Le chantier « Organisation de la fonction restauration » concernait, pour la période 2008-2009, vingt établissements dont les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny.

L'accompagnement, prévu pour une durée de douze mois, a débuté le 4 septembre 2008 avec une journée de lancement, au siège de la MEAH, rassemblant les « noyaux durs » constitués des principaux acteurs des établissements concernés. D'autres étapes ont été programmées : trois journées de formation sur l'élaboration d'un diagnostic puis deux journées sur le plan d'action à mettre en œuvre. Les autres étapes reposaient sur l'appui conseil sur site d'un consultant à raison d'interventions programmées sur les douze mois (une journée de lancement, quatre journées pour l'aide au diagnostic puis sept journées à fréquence mensuelle et planifiées de mars à novembre 2009).

Les attentes et les objectifs visés diffèrent bien entendu d'un établissement à l'autre. Pour les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny, la finalité du projet était de « Préparer et accompagner une nouvelle organisation de la fonction restauration dans le cadre d'une mutualisation inter établissements ».

Après une première analyse générale des points forts et des points faibles, un périmètre d'assistance a été défini avec trois grands objectifs retenus lors de la première journée de formation, au siège de la MEAH, le 29 septembre 2008 :

- Définir la politique de prise en charge nutritionnelle,
- Professionnaliser la fonction restauration et hôtelière,
- Préparer et accompagner les équipes de restauration vers un centre unique de production.

³² Plus d'informations sur le site Internet : www.meah.sante.gouv

La démarche reposait également sur la désignation d'un chef de projet afin de fédérer les acteurs autour de l'objectif à atteindre, coordonner les contributeurs et assurer la mise en œuvre des actions au niveau de l'établissement. Sur proposition des deux directeurs d'établissement, je me suis vu confier cette mission de chef de projet, en charge donc du pilotage et de la coordination entre la MEAH et les deux établissements, du respect des délais, de l'organisation des travaux et de la mobilisation des acteurs.

Le projet a ensuite été programmé en deux phases : une période de trois mois, d'octobre à décembre 2008, consacrée au cadrage du projet sur les deux établissements et à l'élaboration d'un diagnostic, puis une seconde période, de neuf mois, de janvier à octobre 2009 pour déterminer et mettre en œuvre un plan d'actions.

La première partie de cet écrit proposait une synthèse générale sur la fonction restauration insistant tout particulièrement sur l'intérêt mais également les exigences attendues de la part des directions dans la gestion de cette fonction. Les diverses contraintes liées à la réglementation ou à l'évolution de la prestation repas imposent aux établissements d'importantes restructurations. Une situation qui caractérise les hôpitaux locaux de Poligny et d'Arbois, lieu du stage de professionnalisation avec la particularité d'un projet de mutualisation de la fonction restauration, accompagné par la MEAH.

La deuxième partie de l'exposé sera consacrée à l'état des lieux de la fonction restauration de ces deux établissements qui souligne un profond changement, source d'inquiétudes au sein des deux équipes de restauration.

2 Deux approches complémentaires dans l'état des lieux de la fonction restauration des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny : le diagnostic MEAH et l'enquête réalisée auprès des personnels de cuisine

La première démarche sur sites a consisté à mettre en place un comité de pilotage stratégique ³³ chargé d'arbitrer et de valider le lancement et le calendrier de la démarche, le plan d'action, les résultats obtenus puis l'orientation de la suite du projet.

Une communication sur le projet de mutualisation, l'accompagnement par la MEAH et le pilotage pour les deux sites a ensuite été conduite auprès de l'ensemble du personnel par le biais de notes d'information et de transmissions lors des diverses réunions institutionnelles.

2.1 La démarche diagnostique proposée par la MEAH

Les outils et la méthodologie, proposés par la MEAH et présentés lors des journées de formation, ont pu ensuite être mis en œuvre durant trois mois sur les deux établissements. Dans le cadre d'un mémoire de fin d'études, il ne s'agira pas, dans cette deuxième partie, de rapporter l'exhaustivité de cette démarche et l'intégralité de ses résultats ; aussi les synthèses du diagnostic et du plan d'actions, ³⁴ qui soulignent l'intérêt porté à l'élaboration des politiques nutritionnelle et hôtelière des deux établissements et à l'organisation des futurs process de production, sont proposées en annexe.

Le propos, pour ce mémoire, consistera donc à présenter les grands principes de la démarche MEAH puis d'en analyser les atouts mais également les manques ayant conduit à la mise en place d'une enquête auprès du personnel des cuisines.

³³ Composition du Comité de pilotage stratégique :

- Les directeurs et les présidents de la Commission Médicale d'Etablissement des deux hôpitaux locaux,
- Une cadre de santé coordonnatrice des soins,
- La pharmacienne (titulaire d'un Diplôme Universitaire en nutrition), commune aux deux établissements,
- Une responsable des services économiques et financiers

³⁴ Annexe 1 : synthèse du diagnostic MEAH. Annexe 2 : Plan d'actions.

2.1.1 Présentation des outils utilisés

La phase de diagnostic reposait, en premier lieu, sur un important recueil de données (quantitatives et qualitatives) afin d'objectiver différents champs de la fonction restauration : l'activité, la qualité et la sécurité. En qualité de chef de projet, les actions conduites ont consisté à informer les équipes ou agents concernés par le recueil de données, planifier les enquêtes et saisies de données, fournir et aider à l'utilisation des différents outils de recueil proposés par la MEAH puis analyser et valider le recueil avec le consultant.

La MEAH propose tout d'abord un « outil d'évaluation de la maturité de l'organisation de la restauration : le QUICKSKAN Restauration v1.0 ». ³⁵ Il permet une première évaluation de la fonction restauration grâce à une série de questions portant sur huit axes d'amélioration (besoins des patients et résidents, commande patients, approvisionnement, production, transport, distribution, main d'œuvre et méthodes, milieu – matériel – maintenance). Le résultat est ensuite proposé sous la forme d'un graphique avec des cotations et des codes couleurs différenciant les marges de progrès.

Un relevé d'informations est à réaliser ensuite à partir de différents fichiers Excel ³⁶ intéressant sept domaines (correspondants en fait à la méthode classique de résolution de problème dite des 5 M auxquels sont ajoutés deux autres rubriques) :

- Marketing : pour les prestations restauration, produits et services (investigations auprès des diététiciens, équipes de restauration, responsables achats et les usagers avec une enquête individuelle),
- Main d'œuvre : pour les ressources humaines (responsable des ressources humaines, responsables restauration, encadrement),
- Matière : pour les produits alimentaires (responsables achat et restauration, diététiciens),
- Matériel : pour les équipements (responsables achat et restauration, responsable maintenance),

³⁵ Consultable et téléchargeable sur le site Internet :
http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/autoeval_processus_V00.xls.
Rubrique « OUTILS » *QUICKSCAN Restauration*

³⁶ Consultable et téléchargeable sur le site Internet :
http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/indicateurs_V01.xls .
Rubrique « OUTILS » *Feuille de saisie pour produire la synthèse des douze indicateurs du chantier restauration*

- Méthodes : pour l'organisation du travail (responsables ressources humaines et restauration, encadrement),
- Milieu : pour les infrastructures (responsables achat et restauration, responsable maintenance)
- Montants : pour les données économiques (responsables achat et restauration, responsable maintenance, encadrement).

Cette saisie des données sur leur fichiers spécifiques est complétée par les observations et visites du consultant (observation des distributions repas, consultations de documents, visite des locaux de stockage, production...)

2.1.2 L'intérêt de la démarche pour les directions d'établissement

Depuis les premiers chantiers « Organisation de la fonction restauration », en 2004, 140 établissements, avec le déploiement de 2008, ont bénéficié ou bénéficient d'un accompagnement MEAH. Cette démarche a été éprouvée préalablement au sein d'établissements pilotes. Cette antériorité me paraît importante au regard des méthodes et outils proposés aux établissements.

Je soulignerai également, pour en avoir bénéficié, la qualité des formations proposées aux acteurs de chaque projet ainsi que la mise en commun d'outils, de méthodes et de documents tels que des guides généralistes ou des retours d'expérience transposables dans sa propre institution. Quant aux cabinets de conseil mandatés par la MEAH, ils justifient d'une position d'expertise en matière de restauration s'appuyant sur l'étude réaliste des données caractérisant l'établissement accompagné et proposant des actions immédiatement opérationnelles.

Mais un point me paraît particulièrement important de par son inscription dans une démarche qualité et son intérêt en matière de management : la mise en exergue d'indicateurs utiles pour évaluer, corriger, engager des projets et des actions ou encore décider ou arbitrer avec une plus grande objectivité. La MEAH a retenu en effet douze indicateurs ³⁷ clés retraçant les résultats de la

<p>³⁷ RH % d'analyses microbiologiques non-conformes RN SCORE NUTRITION RS note enquête RC.1 Coût repas fabriqué RC.2 Coût repas distribué patient RC.2b Coût repas distribué SELF</p>	<p>P1 service P2 jeûne nocturne S1 Coût matière repas pondéré S2 Nb repas pondérés /Nb d'heures travaillées S3 Absentéisme S4 Degré d'informatisation</p>
--	--

démarche diagnostique et illustrant le niveau de qualité de la fonction restauration de tout établissement.

Compte tenu du nombre d'établissements accompagnés dans le cadre du chantier « Organisation de la fonction restauration », des moyennes nationales ont pu être établies permettant ainsi aux établissements de se situer ou de se comparer au regard de leur propre score.

L'intérêt est de pouvoir évaluer également de quelle marge de manœuvre on dispose ou encore de prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Ainsi, à l'issue du diagnostic, les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny présentaient le tableau de bord suivant ³⁸ :

N°REF	INDICATEURS MEAH RESTAURATION	Hôpital Local de POLIGNY	MeaH base basse	MeaH base moyenne	MeaH base haute	Hôpital Local d'ARBOIS
INDICATEURS DE RESULTAT						
RH	% d'analyses microbiologiques non conformes	3	1		4	3
RN	SCORE NUTRITION	2	1		4	1,6
RS	note enquête	2	1		4	4
RC.1	Coût repas fabriqué (€)	2,85	2,74	4,30	6,88	3,32
RC.2	Coût repas distribué patient	Optionnel				
RC.2b	Coût repas distribué SELF	4,67	3,30	5,05	7,01	4,41
INDICATEURS DE PROCEDURE ET STRUCTURE						
P1	service	4	1		4	3
P2	jeûne nocturne	2	1		4	2
S1	Coût matière par repas pondéré	1,46	1,24	2,00	2,66	1,53
S2	Score Nb de repas pondérés /Nb d'heures travaillées (fabrication)	17,1	3	13,0	25,4	13,7
S3	Absentéisme	10,76%	1%	11,51%	33,00%	7,01%
S4	Degré d'informatisation	1	1		4	1

Ces indicateurs sont bien entendu corrélés aux thèmes d'actions envisageables issus du diagnostic. ³⁹

Pour les deux directions d'établissement, le tableau précédent met en relief des axes de progression intéressant la nutrition (score de 2/4 et 1,6/4),

³⁸ Score croissant de 1 (insatisfaisant) à 4 (satisfaisant)

³⁹ Synthèse du diagnostic en annexe n° 1. *Op.cit*

le degré d'informatisation (1/4), la réduction du jeûne nocturne (2/4)... Au final, l'exploitation de tous les résultats du diagnostic a ainsi permis de dégager cinq points essentiels et communs aux deux établissements et de les classer en deux priorités :

- En priorité 1, deux points :
 - Définir une organisation commune de la future UCP autour d'un process unique prenant en compte : achat, méthode de production, fiches techniques, grammage, texture, matériel, règles d'hygiène et réglementation.
 - Mettre en place une politique nutritionnelle et thérapeutique du patient / résident.

- En priorité 2 :
 - Constituer un plan alimentaire commun en vue d'une grille de menu identique aux deux établissements.
 - Définir une politique hôtelière en respectant l'hygiène, le désir, le choix et le confort du patient / résident
 - Réduire la durée du jeûne nocturne en prenant en compte les attentes du patient / résident.

Ces points ont ensuite été pris en compte dans l'élaboration et la mise en oeuvre du plan d'actions. ⁴⁰

Cette deuxième étape a été programmée sur neuf mois (échéance en novembre 2009). Elle se distingue par son action fédérative et son management participatif qui ont permis d'engager un projet particulièrement ambitieux car prenant en compte l'ensemble de la fonction restauration et de mobiliser un grand nombre d'acteurs dans la mise en oeuvre de son plan d'actions. Celle-ci a réuni au total, dans les différents groupes de travail, 41 personnes des deux établissements (diététiciens, qualitiennne, cadres de santé, responsables de restauration, ensemble des cuisiniers, responsables

⁴⁰ Plan d'actions en annexe 2. *Op.Cit*

d'achat, personnels soignants et hôteliers) et occasionné plus de trente réunions durant le premier semestre 2009. Au total, en juillet 2009, les travaux du groupe 1 étaient pratiquement aboutis avec une politique nutritionnelle définie, des plans alimentaires et des menus communs déterminés et opérationnels. Les grandes étapes du process de la future UCP, travaux dévolus au groupe 2, étaient également bien avancées. Il restait, plus particulièrement pour le groupe 3, à définir l'organisation des futures cuisines relais.

En résumé, la démarche d'accompagnement proposée par la MEAH ne manque pas d'intérêt pour un directeur d'établissement. Tout d'abord, point non négligeable, les formations et le suivi par le consultant sont... entièrement financés par la MEAH.

Mais on retiendra avant tout, la démarche de projet fédérative et participative, l'expertise apportée, la dynamique de changement insufflée, les modes opératoires transposables ou encore les indicateurs permettant de mieux évaluer et situer le degré de qualité de la fonction restauration de son établissement.

Pour autant, dès l'exploitation du diagnostic MEAH, des craintes et questionnements m'ont été régulièrement exprimés par le personnel des cuisines : tantôt lors d'une réunion de travail, tantôt dans le cadre d'une rencontre fortuite ou d'un entretien formel demandé par un cuisinier. Avait-on suffisamment pris en compte les inquiétudes ou attentes des agents ?

En fait, le recueil auprès des équipes de restauration s'était limité à une rencontre avec le consultant, durant une heure environ, en groupe (et pour les agents travaillant le jour de son intervention). Plus que sur les craintes potentielles liées aux changements qui s'annonçaient, la discussion a rapidement porté sur des thèmes techniques relatifs aux modes de cuisson, aux équipements nécessaires...

D'où ma proposition de réaliser une enquête individuelle auprès des agents des deux équipes de restauration...

2.2 L'enquête réalisée auprès du personnel des cuisines

2.2.1 Méthodologie de l'enquête

A) Le choix d'entretiens semi directifs et le public ciblé

J'ai retenu l'entretien semi directif comme principal outil d'investigation suivi d'une analyse de contenu.

Plusieurs raisons motivent le fait d'avoir assis ma recherche et ma collecte de données sur cette méthode :

- *L'approche qualitative* : visant à recueillir l'opinion et les sentiments des personnes interviewées, elle s'avérait plus appropriée qu'une recherche et une étude de résultats quantitatifs,
- *Le public ciblé* : l'ensemble des personnes à interviewer et concernées par l'enquête restait limité : 8 personnes pour une équipe de restauration, 7 personnes pour l'autre. Ce nombre, peu important s'il s'agissait de s'appuyer sur une enquête par questionnaire, s'avère par contre plus significatif en matière de conduite et exploitation d'entretiens. La méthodologie de l'entretien individuel évitait également une éventuelle réponse collégiale et univoque,
- *Les avantages mêmes de la méthode* : le recours à l'entretien suppose une explication systématique et directe sur la finalité et les enjeux de l'enquête ce qui peut aider l'interviewé à mieux percevoir, accepter voire dédramatiser la démarche. Le contact direct avec l'agent permet de faire préciser les réponses apportées, de reformuler les questions. Il donne aux professionnels la possibilité de décrire leur rôle au sein de l'organisation et d'exprimer leur point de vue d'où une restitution pragmatique d'une plus grande part de la réalité.

Une certaine spontanéité était attendue du fait de la souplesse et de la directivité limitée de la méthode. Enfin, l'entretien semi directif permettait d'affiner l'analyse du sens donné par les personnes « enquêtées » aux pratiques et aux évènements auxquels ils sont confrontés.

B) L'élaboration d'un guide d'entretien

La grille d'entretien ⁴¹ pré élaborée visait plusieurs objectifs : recenser les avis, attentes, craintes et suggestions des agents ; apprécier la qualité de l'information reçue et de la communication apportée pour ce projet ; connaître l'avis de chacun quant au pilotage et au rôle de la direction dans cette restructuration ; évaluer l'impact et la valeur ajoutée de la démarche MEAH.

Chacun de ces objectifs était en outre corrélé aux sous questions posées dans l'introduction de ce mémoire (enjeux de la démarche MEAH, qualité du management, actions complémentaires à mettre en œuvre).

Cette grille garantissait également une conduite d'entretien identique pour tous les agents rencontrés. Avant d'être utilisée, elle a été présentée aux deux directeurs d'établissement.

C) Le déroulement des entretiens

Le questionnement n'était pas forcément respecté dans l'ordre de la grille mais celle-ci permettait d'aborder systématiquement tous les axes de recherche.

Les entretiens, programmés avec les intéressé(e)s, se sont déroulés sur les lieux d'exercice des agents, sur chacun des deux sites. Les personnels concernés ont tous répondu favorablement et positivement à la démarche d'entretien. Les rendez-vous ont été systématiquement respectés par chacun. Seule, une des agents de l'équipe de restauration de Poligny, en congés de maternité au moment de l'enquête, n'a pas pu participer. Chaque entretien durait entre 40 et 50 minutes. Au total, l'enquête a nécessité 14 entretiens et près de 10 heures d'échanges.

Avant de commencer tout entretien, j'ai systématiquement rappelé :

- l'objectif de la démarche
- son cadre général
- la durée d'entretien
- mon rôle
- les précautions prises en matière d'anonymat et de confidentialité.

⁴¹ Guide d'entretien en annexe n° 3

Les personnes interviewées n'ont pas exprimé de réticence ou craintes quant à la finalité et le déroulement de ces entretiens.

Les réponses étaient transcrites sur une grille reprenant les thèmes des schémas d'entretien. Il n'a pas été réalisé d'enregistrement.

Comme prévu initialement, la synthèse, écrite et anonyme, telle qu'elle est présentée en annexe de ce travail écrit, a été communiquée aux deux directions et à chaque agent interviewé.

D) Les limites de la recherche

Elles sont liées principalement à l'échantillon et l'outil de recherche utilisés :

- L'échantillon choisi : représentatif puisque quasi exhaustif en ce qui concerne les équipes des cuisines, il aurait pu, par contre, être étendu aux équipes soignantes et hôtelières participant également à la prestation repas. Mais ce sont surtout les agents du service restauration, chargés de la production et de la livraison des repas, qui se trouvaient confrontés à un profond changement dans leur organisation de travail : nouvelle équipe (passage de 7 ou 8 personnes à 15), dans de nouveaux lieux, avec un management à redéfinir, des modes de fabrication différents...

De surcroît, les craintes ou interrogations qui avaient pu être exprimées, avant l'enquête, provenaient exclusivement de personnel des cuisines.

- L'outil utilisé : des phénomènes liés aux interactions individuelles (le fait d'être élève directeur, par exemple) peuvent influencer le déroulement voir le résultat de l'entretien. Enfin, l'analyse de contenu d'une telle enquête reste toujours sujette à interprétation.

2.2.2 Analyse des résultats

Une synthèse des résultats de 14 interviews est disponible en annexe. ⁴²
Il est à noter que cette synthèse n'est pas présentée sous forme de tableau à double entrée, reprenant chaque thème et ce pour chaque personne

⁴² Synthèse des résultats en annexe n° 4.

interviewée. Cette méthode n'aurait pas permis de respecter l'anonymat et la garantie de confidentialité (deux femmes et douze hommes, deux responsables cuisines, une personne détentrice d'un BTS...).

En outre, l'intérêt de l'enquête n'était pas de distinguer les différences existantes au sein de la population ciblée mais plutôt de dégager les points, priorités par les intéressés ou récurrents, susceptibles de bénéficier d'actions d'amélioration.

- Les principales caractéristiques des quatorze **personnes interviewées** concernent l'âge des intéressé(e)s (plus de 40 ans en moyenne) ainsi que leur ancienneté dans la profession (plus de 23 ans) et dans leur établissement employeur (plus de douze ans).

Hormis une personne, l'ensemble des agents présente au moins un diplôme qualifiant permettant d'exercer en cuisines. Douze d'entre eux sont titulaires.

Commentaires : Deux des agents ont une ancienneté de quinze et dix-huit mois ce qui met d'autant plus en évidence la mobilité peu importante des deux équipes de restauration et, en conséquence, un mode de fonctionnement partagé depuis plusieurs années.

Dans des équipes constituées de longue date, l'organisation du travail peut s'appuyer sur des coutumes, des traditions auxquels tout agent –à fortiori un nouveau arrivant- doit s'adapter :

*« Tant que nous nous conformons à ses modèles, le groupe nous approuve et nous protège ; sommes-nous tentés de passer outre, nous nous exposons aussitôt à la réprobation sinon aux sanctions de nos compagnons – qui viennent renforcer notre propre répugnance à nous désolidariser du groupe. Ainsi voit-on ressortir le caractère profondément socio affectif de la résistance au changement ».*⁴³

Cette résistance est en fait un phénomène humain, universel et normal car le « *le changement introduit par définition une modification de la situation des acteurs et il est compréhensible que ceux-ci s'interrogent, s'inquiètent de*

⁴³ MAISONNEUVE Jean. 1990. *La dynamique des groupes*. Collection Que sais-je ? Editions PUF. PARIS. Page 39

l'impact que le changement aura sur leur position personnelle ». ⁴⁴ Ses causes peuvent être individuelles ou collectives, structurelles ou conjoncturelles (organisation du travail, climat social...).

Les théories systémiques ⁴⁵ ont tout particulièrement centré leur réflexion sur cette problématique en caractérisant tout système par deux modes essentiels d'existence : le changement ou le maintien. La résistance au changement ou « *homéostasie* » vise ainsi à toujours maintenir l'équilibre du système par des mécanismes de régulation interdépendants. Une équipe peut ainsi vivre dans une certaine autarcie et veiller parfois à ne pas trop communiquer avec d'autres équipes ou services –qui peuvent être considérées comme concurrentes- ou avec la hiérarchie, ceci afin d'éviter ou limiter toute situation de dépendance. Un tel statisme peut être renforcé par le peu de mobilité du personnel. Il en résulte une information insuffisante (et qui peut être contestée) ayant du mal à circuler et souvent relayée par des tiers.

De fait, dans de tels systèmes, « *la meilleure stratégie pour l'individu est donc d'en faire le moins possible... La course est une course de lenteur. L'apathie et la nonchalance constituent une stratégie rationnelle* ». ⁴⁶

D'autres approches peuvent expliciter les résistances au changement : le sentiment d'appartenance à un groupe social ou encore, pour toute organisation, les notions d'identité, de culture composée de valeurs qui « *sont des préférences collectives de l'entreprise écrites ou de simples traditions orales qui s'imposent à ses membres* » et de rites, « *actes répétitifs qui apportent le confort des habitudes et rassurent un grand nombre des membres du groupe* ». ⁴⁷

La notion de pouvoir peut également être évoquée car l'hôpital constitue une organisation où, culturellement et historiquement, des logiques professionnelles différentes (administratives, médicales, soignantes,

⁴⁴ HELFER Jean-Pierre, KALIFA Michel, ORSONI Jacques. Juin 2006. « *Management, stratégie et organisation* ». 6^{ème} édition. VUIBERT. PARIS. Page 399

⁴⁵ ROSNAY (Joël de). 1975. « *Le macroscopie. Vers une vision globale* » Editions du SEUIL. EVREUX. 305 pages

⁴⁶ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. 1977. « *L'acteur et le système* ». Editions du SEUIL. PARIS. Page 268

⁴⁷ GHERTMAN Michel. Novembre 2004. « *Le management stratégique de l'entreprise* » Collection Que sais-je ? Editions PUF. PARIS. Page 60

techniques...) se côtoient et parfois s'affrontent au gré d'enjeux divers. Ainsi, le pouvoir administratif peut être vécu comme un « *mal nécessaire. Il n'y a pourtant pas d'hôpital sans administration et l'hôpital constitue une entreprise qu'il convient d'administrer, de gérer et aujourd'hui de manager* ». ⁴⁸

- Le premier objectif de l'entretien visait à recueillir les « **avis, attentes, craintes, suggestions sur le projet de cuisine centrale mutualisée** ». Majoritairement, la mutualisation entre les deux hôpitaux locaux apparaît légitime notamment pour des raisons économiques d'autant que « *la cuisine actuelle ne convenait plus* » et que la restructuration permettra d'exercer dans des « *locaux neufs* ». Les avis sont plus partagés quant à la faisabilité du projet pour laquelle un scepticisme apparaît au regard de son financement, de l'organisation future du travail, d'une trop grande part d'inconnu ou encore d'une évolution « *en dents de scie* ».

Commentaires : Les équipes peuvent être marquées par l'histoire même de la restructuration des cuisines. Une obsolescence reconnue depuis plusieurs années avec des projets successifs et avortés. Ce pessimisme se retrouve à plusieurs moments des entretiens (dans l'évocation des difficultés, craintes ou doutes à l'égard du changement...).

- Parmi les « **difficultés** » évoquées figure en première place l'intervention des cuisiniers en cuisines relais. Seulement cinq des cuisiniers évoquent favorablement cette possibilité sous condition que ce travail soit valorisé, avec des responsabilités reconnues et une certaine autonomie.

Commentaires : le diagnostic réalisé par la MEAH a conforté une étude de faisabilité réalisée pour l'implantation de la future UCP : la mutualisation des deux cuisines doit permettre un moindre coût en termes de ressources humaines. En clair, la production future ne nécessiterait pas un effectif de quinze personnes. De fait, en terme de redéploiement de personnel, l'intervention des cuisiniers en cuisines relais a été évoquée dès le début de projet de restructuration permettant ainsi de répondre au surplus d'effectif,

⁴⁸ BONNICI Bernard. Mai 2003. « *Les jeux de pouvoirs dans l'institution hospitalière* ». Revue Soins Cadres n° 46. MASSON. PARIS. Page 28

avec le souci également d'améliorer la qualité de la distribution des repas aux patients et résidents.

- Les « **crain**tes » des agents sont expressément liées à la prochaine « *liaison froide* » ainsi qu'à « *l'organisation* », « *les conditions de travail* », « *le futur travail en équipe* »... En réponse, une attente forte est exprimée en matière de « *formations d'adaptation à l'emploi (liaison froide, cuisson à basse température, allotissement)* ».

Cette inquiétude face à l'inconnu est complétée par le sentiment de risque de perte de statut, de salaire ou d'un certain nombre d'avantages acquis tels les horaires de travail, la proximité domicile – lieu de travail, l'aménagement des trente cinq heures... Ces différents points ont bien entendu un impact sur la vision qu'ont les agents de leur avenir professionnel en termes de sécurité d'emploi ou de pouvoir d'achat.

Commentaires : Les craintes ressenties par les agents des deux équipes de restauration peuvent s'expliquer du fait du profond changement qui va s'opérer dans les prochains mois et qui « *est inséparable d'un sentiment de perte et ne trouve son aboutissement heureux qu'avec l'émergence d'un sentiment de gain ou de progrès* ». ⁴⁹

La réflexion engagée dans les différents groupes de travail MEAH a permis de soulever régulièrement les différents problèmes exprimés durant l'enquête sans pour autant les résoudre du fait de décisions à venir des deux directions d'établissement quant à leur mode de coopération et l'harmonisation de la gestion des équipes de restauration.

- La « **qualité de l'information reçue et de la communication proposée** » est particulièrement perfectible. Un bon nombre la juge insuffisante notamment sur la stratégie et les enjeux liés au projet de mutualisation entre les deux établissements. Son manque de formalisme est plusieurs fois évoqué, la communication pouvant être faite « *entre deux portes* » aux « *agents travaillant ce jour-là* » laissant la place libre aux « *bruits de couloir, aux rumeurs* ». A cela s'ajoute un manque de transparence quant à

⁴⁹ CARTON Gérard – Dominique. Mai 2004. « *Eloge du changement. Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel* ». 2^{ème} édition. Village Mondial. PARIS. Page 14

des informations que l'on n'a pas toujours le droit de « *répéter* » ou de « *diffuser* ».

Commentaires : La communication occupe une place importante dans toute organisation et elle participe activement à son management. Force est de constater que l'information donnée dans le cadre de la démarche MEAH (comptes rendus de réunions, notes d'information internes, journal interne, diffusion de la note d'information MEAH, interventions en réunions de services, en instances) ne répondait pas totalement aux attentes des équipes de restauration en attente de plus de formalisme, de prise de décisions ou encore de visites de la direction.

- Sur le « ***pilotage et le rôle de la direction*** », sinon une insatisfaction, une incertitude est plusieurs fois évoquée avec un sentiment de « *désaccord* » et d' « *opposition* » forte entre les deux directions.

Commentaires : d'une part, le projet de mutualisation de la fonction restauration repose, initialement, sur une injonction des autorités de contrôle et de tarification. D'autre part, si les deux hôpitaux locaux collaborent depuis plusieurs années, en se partageant notamment le service de certains professionnels, pour autant, le choix de l'implantation de la future UCP a fait l'objet de différents importants entre les deux établissements. Chacun a cherché en effet à obtenir la construction ou l'aménagement de la structure sur son site. D'où des initiatives unilatérales de la part des élus, des syndicats ou des directeurs eux-mêmes. Une étude quant à l'implantation de la future cuisine commanditée à un cabinet de conseil a réuni, fin février 2009, l'ARH, la DDASS, le Conseil Général, les présidents de conseil d'administration ainsi que les directions des deux établissements. A l'issue de cette réunion, présidents de conseil et directions sont restés sur leurs positions et le choix de l'implantation – non consensuel - n'a pu être arrêté que mi mars.

Les entretiens réalisés auprès des équipes de restauration ont eu lieu après cette période. Cependant, les différents évoqués précédemment impactent sans aucun doute le ressenti des différents protagonistes.

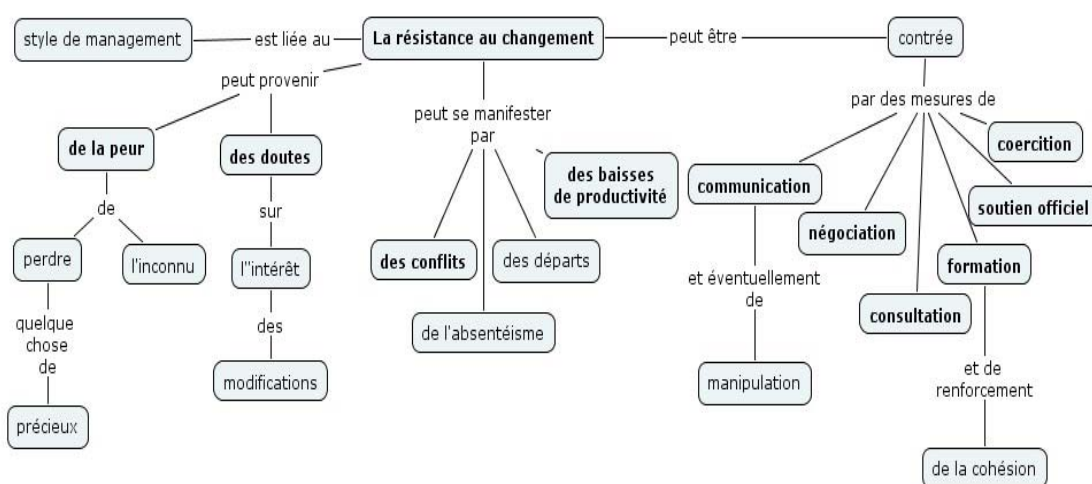
- Concernant le « **mode de coopération entre les deux établissements** », aucun agent n'a reçu d'information sur la structure juridique du futur partenariat et ses conséquences pour les deux équipes de restauration.

Commentaires : L'engagement des deux établissements dans une mutualisation de leur fonction restauration n'est réellement officiel que depuis mars 2009, après la décision du choix d'implantation de la future UCP. Le projet technique a pu commencer avec un appel d'offres pour une assistance à la maîtrise d'ouvrage lancé au printemps dernier. Pour autant, aucun cadre juridique n'est fixé quant au mode de coopération.

- Un choix de « **facteurs favorisant le changement** »⁵⁰ était proposé aux agents interviewés. Parmi les mesures proposées, trois se détachent plus particulièrement. La communication tout d'abord, puis la formation et enfin la consultation.

Commentaires : ces résultats corroborent les réponses précédentes à savoir les informations jugées insuffisantes quant aux enjeux et objectifs de la mutualisation et les craintes liées à la liaison froide et aux nouveaux modes de production.

⁵⁰ Schéma proposé par TREBUCQ Stéphane. *Management – L'essentiel des concepts et des pratiques. Chapitre 7 : le changement et l'innovation*. Consultable sur Internet : <http://trebucq.u-bordeaux4.fr/fonctions.htm>



- L'intérêt de « *l'accompagnement par la MEAH* » est majoritairement reconnu notamment du fait des « *documents, guides et supports* », du « *regard extérieur* », de la « *connaissance et expertise* » apportées.

Les obstacles évoqués renvoient essentiellement à l'attente de prises de décision des directions et à la pertinence de faire intervenir les cuisiniers dans les cuisines relais. Globalement, les agents se sentent concernés et impliqués dans cette démarche.

Commentaires : la démarche MEAH semble répondre aux besoins d'information et d'acquisition de nouvelles connaissances. Les agents interrogés se sentent majoritairement « *motivés, impliqués, engagés et investis* » dans le travail des groupes. Cette participation est d'autant plus remarquable que, contrairement à d'autres catégories de personnel (le personnel soignant et hôtelier notamment) pour lesquelles le volontariat était de mise, les deux équipes de restauration ont été inscrites d'emblée dans les différents groupes de travail.

En résumé, l'enquête réalisée auprès du personnel des cuisines des deux établissements montrent que le projet de mutualisation de la fonction restauration suscite de nombreuses craintes car « *les motifs individuels de résistance à tout changement sont nombreux : la routine, le poids du vécu, la peur de la nouveauté et la crainte de voir les avantages acquis remis en cause* ». ⁵¹

Qu'il s'agisse donc de pertes ou de peur de l'inconnu, ces inquiétudes sont légitimes mais exacerbées sans doute par un défaut d'information et de communication et un pilotage perfectible de la part des directions quant aux décisions et orientations à donner en matière de coopération et de gestion des ressources humaines.

L'enquête souligne ainsi la nécessité de prendre en compte la dimension humaine dans la restructuration de toute organisation au-delà de la mise en œuvre de démarches, méthodes ou outils. Car une organisation est avant tout composée d'individus représentant un ensemble complexe de personnalités diverses, d'interactions, de modes de fonctionnement, d'affects et d'émotions

⁵¹ HELFER Jean-Pierre, KALIFA Michel, ORSINI Jacques. « *Management, stratégie et organisation* » Op.Cit page 398

... et tout changement bouscule, modifie ce système en impliquant de nouveaux partenaires, de nouvelles méthodes ou des règles différentes.

Aussi, dans l'accompagnement du changement, « *la première préoccupation est le traitement des impacts... Le ressenti émotionnel des agents peut être très important car tout bouleversement des pratiques fait peur, déstabilise. Chaque individu n'aura pas nécessairement comme objectif de s'opposer aux transformations. Il cherchera en premier lieu sa sécurisation, sa préservation. Plus on travaillera sur la réassurance, sur le rendu de la confiance en soi, plus la gestion d'ensemble sera facilitée* ». ⁵²

Pour Gérard - Dominique CARTON, le changement passe déjà par un processus psychologique individuel, quasiment mécanique, permettant de s'adapter au changement ou alors d'ajuster celui-ci à sa propre réalité.

L'auteur décrit ce processus en cinq étapes principales :

- *« Refus de comprendre : phase généralement brève au cours de laquelle nous devons réajuster notre réalité.*
- *Résistance : phase indissociable de tout processus de changement indésirable. Elle est non seulement naturelle mais aussi utile, permettant notamment de filtrer le changement et de le rendre objectif.*
- *Décompensation : phase où nous nous sentons perdus, abattus, la résistance ayant été « vaincue ».*
- *Résignation : phase qui vient le plus souvent prolonger la décompensation. Nous nous résignons au changement mais son prix nous obsède encore.*
- *Intégration : phase finale qui se décompose en deux temps :*
 - *L'intégration conceptuelle dans laquelle nous terminons le processus du deuil de notre réalité précédente ; le changement fait désormais partie de notre réalité et nous le projetons sur l'avenir.*

⁵² PASTOR Pierre. Avril 2005. « *Gestion du management* ». Editions Liaisons. PARIS. Pages 107 et 108

- *L'intégration comportementale dans laquelle nous sommes capables d'ajuster nos comportements à notre nouvelle réalité et où nous abandonnons nos anciens comportements. »*⁵³

Mais si le changement passe par un processus individuel, ses étapes restent étroitement liées au style de management et à la stratégie des directions.

Ces points feront l'objet de la troisième partie de cet écrit et seront rapportés aux actions mises en œuvre dans le projet de restructuration de la fonction restauration des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny. En complément, des préconisations suggéreront d'autres axes d'amélioration en matière de management stratégique.

⁵³ CARTON Gérard – Dominique. « *Eloge du changement. Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel* ». Op.Cit .Page 56

3 L'accompagnement au changement : propositions d'actions et préconisations en matière de management stratégique

Comme le précisaient les deux chapitres précédents, les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny sont aujourd'hui pleinement engagés dans la restructuration de leur fonction restauration. Le lieu d'implantation de la future cuisine centrale est arrêté, les opérations de travaux sont initiées et la démarche MEAH, débutée en septembre 2008, a permis d'atteindre une bonne partie des objectifs qui lui étaient assignés.

Cependant, des difficultés se sont fait jour et entravent la dynamique de changement qui s'est opérée. De l'état des lieux présenté précédemment se dégagent des possibilités d'action propices à accompagner ce changement.

Et c'est tout d'abord en matière de management stratégique que des préconisations peuvent être avancées.

3.1 Le concept de management stratégique rapporté à la situation des deux établissements

3.1.1 Démarche et management stratégique

Concept initialement militaire, la stratégie peut être définie comme « *l'art de coordonner des actions et de manœuvrer pour atteindre un but* ». ⁵⁴ Pourtant, elle se distingue de la tactique qui correspond davantage aux moyens employés pour obtenir le résultat voulu.

La stratégie consiste en un plan bien défini et cohérent qui intègre la ou les politiques, les principaux objectifs, programmes, décisions et actions d'une organisation. Elle ne repose donc pas que sur des méthodes ou des modes opératoires mais elle est – et peut-être même avant tout – un état d'esprit, une façon de penser.

Le stratège est ainsi amené à mettre en perspective, à faire des projections ce qui l'oblige à analyser, anticiper, mobiliser et donner du sens à ses actions :

⁵⁴ Dictionnaire encyclopédique LAROUSSE. 1979. Tome 20. Editions du Club France Loisirs. PARIS. Page 8773

« *La démarche stratégique est caractérisée par le mode de pensée, la façon de voir ou l'orientation cognitive privilégiés par les dirigeants d'entreprise face à des questions d'ordre stratégique* ». ⁵⁵

La démarche stratégique s'est surtout développée dans le monde privé de l'entreprise, portée par l'appât du gain et les contraintes de la concurrence. Mais aujourd'hui, elle touche tous les secteurs, y compris ceux assurant des prestations de services et d'aide à la personne, qu'ils soient publics ou privés.

En établissement sanitaire, social ou médicosocial, elle est souvent apparentée au projet d'établissement ou à ses orientations stratégiques avec, dans ce type d'organisation, des limites très souvent liées au positionnement des autorités de contrôle et de tarification.

Quel que soit le degré de changement attendu, une démarche stratégique est classiquement articulée autour de cinq grandes étapes : une analyse de l'existant, la réalisation d'un diagnostic, l'élaboration et le choix d'objectifs, leur mise en œuvre, un suivi et des ajustements si besoin. On retrouve là d'ailleurs un processus identique à la démarche d'amélioration continue de la qualité (roue de DEMING ou méthode PDCA – Plan, Do, Check, Adjust -).

Et cette démarche sera réussie si l'on parvient à une « *concordance entre les conclusions des diagnostics externes (environnement) et interne (entreprise), les valeurs et les visions des décideurs et le rôle social de l'entreprise* ». ⁵⁶

Cela renvoie au concept de management stratégique qu'Agnès MORSAIN définit comme un art permettant aux dirigeants de développer la compétitivité d'une entreprise (ou toute organisation) dans le temps, « *en tenant compte de ses moyens, de ses hommes, de ses ambitions et de l'environnement dans laquelle elle se trouve...* » ⁵⁷.

En terme de management stratégique, quelles remarques et propositions d'actions émanent du projet de mutualisation d'une cuisine centrale entre les deux hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny ?

⁵⁵ CÔTE Marcel, MALO Marie-Claire. 2002. « *La gestion stratégique : une approche fondamentale* ». Editions GAETAN MORIN. Boucherville – QUEBEC – CANADA. Page 35

⁵⁶ Ibid page 33

⁵⁷ MORSAIN Agnès. Mai 2003. « *Le management stratégique* ». Revue Soins Cadres. N° 46. Editions MASSON. PARIS. Page 40

3.1.2 le projet de cuisine centrale mutualisée

Comme cela a été présenté dans les chapitres précédents, la restructuration de leurs cuisines respectives s'imposait aux deux établissements. Mais le fait de s'engager dans un projet mutuel est plus tardif et cette orientation apparaissait de manière officielle essentiellement dans les procès verbaux d'instances.

Arbois vient de le formaliser dans son nouveau projet d'établissement ⁵⁸ (le précédent 2002-2006 étant arrivé à terme), présenté en Commission Régionale d'Investissement le 7 mai 2009 et en cours de validation interne. Mais, en dehors de l'engagement mutuel dans la démarche MEAH, début 2008, et des travaux en découlant, il n'existe pas de documents initiaux communs aux deux établissements pouvant acter cet accord et cette décision stratégique. Dans le même registre, ce sont les études de faisabilité sur l'implantation de la future cuisine puis les premières réunions organisées avec l'ARH, dans le cadre de l'appel à maîtrise d'ouvrage, qui officialisent en fait ce projet de mutualisation.

Peut-on parler ici d'une véritable concordance entre le travail de terrain et les valeurs et visions des décideurs ?

Comment ne pas comprendre le scepticisme et les avis partagés de certains personnels quant à la faisabilité du projet ?

Cette situation a pu freiner –ou, pour le moins, n'a pas catalysé- la dynamique de projet de restructuration accompagnée par la MEAH. Notamment dans le cadre des décisions impactant fortement son déroulement (maintien d'une liaison chaude ? Implantation de la future UCP ? Fonctionnement des nouvelles cuisines relais...) qui nécessitaient à chaque fois une double concertation... pour des réponses parfois contradictoires.

⁵⁸ Extraits du pré-projet d'établissement 2009-2013 :

1) dans le chapitre « Présentation de l'établissement » au paragraphe « 6. Aspects logistiques » : « *Enfin, le choix de l'implantation de la future Unité Centrale de Production alimentaire (UCP) vient d'être arrêté avec les autorités (ARH, DDASS, CG et établissements) sur le site de la Résidence Delort. Cette UCP produira dans environ 2 ans environ 1000 repas/jour sur 5 jours pour les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny ainsi que pour leurs partenaires (ADMR et CMP - Hôpital de jour) ».*

2) dans le volet architectural : « Construction de l'Unité Centrale de Production sur le site Delort (partenariat avec HL Poligny) -450 m²- et les cuisines relais (sites hôpital et Delort) environ 100 et 80 m² ». Montants respectifs des 2 opérations estimés, pour Arbois, à 875 000 € et 200 000 €.

Sans compter le fait d'alimenter ainsi l'argumentaire des opposants au projet –il en existe toujours- ou de potentialiser les inévitables résistances au changement.

On a vu que l'une des premières étapes d'une démarche stratégique était la réalisation d'un diagnostic, interne et externe, permettant de cerner le champ du faisable, du possible mais aussi du souhaité avant de pouvoir définir des objectifs. Cette méthode a bien été entreprise dans le cadre de la MEAH mais en privilégiant – et c'était là sa mission – la fonction restauration.

L'analyse du mode de coopération aurait dû être une des étapes initiales de ce projet. Peut-on, veut-on collaborer ? Quelles en sont les avantages et inconvénients ? Si oui, sous quelles formes et à quelles conditions ?

Ces questions renvoient au positionnement des directions et au cadrage du mode de collaboration.

3.2 Une collaboration actuellement sans cadre juridique

Pour des raisons pragmatiques mais aussi financières, les établissements hospitaliers se sont engagés de longue date dans des opérations de collaboration et de partenariat. Les conventions établies avec d'autres institutions sanitaires ou des partenaires extérieurs sont les plus fréquemment utilisées. Mais à cette coopération conventionnelle (ou fonctionnelle) s'ajoute une coopération dite organique (ou structurelle) qui crée une nouvelle entité et personne morale et impose une gouvernance spécifique.

Ainsi, les outils de coopération se sont particulièrement diversifiés et certains se sont substitués à d'autres en fonction des attentes et des contraintes rencontrées par les établissements mais également en fonction de l'évolution de la réglementation. Aujourd'hui, les politiques publiques et les autorités de contrôle et de tarification encouragent particulièrement, sinon le regroupement, la coopération entre établissements.

3.2.1 Les outils juridiques de coopération

Le but d'un partenariat, d'une coopération réside dans la recherche d'une plus grande efficacité. Par exemple, il pourra s'agir d'utiliser un plateau technique de manière plus rationnelle ou encore de partager la mise en place et le financement d'un nouvel équipement. Le but étant de rentabiliser les

infrastructures, réaliser des économies d'échelle et limiter les gaspillages en évitant notamment les doublons. Les autorités de contrôle et de tarification sont particulièrement attentifs à ce dernier point d'où parfois le refus d' « autorisation » ou l'injonction de coopérer ou de regrouper des services et équipements.

Les conventions, les groupements d'intérêt économique (GIE), les groupements d'intérêt public (GIP) et, plus récemment, les groupements de coopération sanitaire (GCS) constituent les modes classiques de coopération sanitaire. A noter que la loi du 2 janvier 2002⁵⁹ rénovant l'action sociale et médicosociale a créé également les groupements de coopération sociale et médicosociale (GCSMS) auxquels un établissement sanitaire peut adhérer.

Depuis 2003, pour les établissements hospitaliers, comme les hôpitaux locaux, « *le groupement de coopération sanitaire constitue, pour le ministère de la Santé et pour les agences régionales de l'hospitalisation, l'instrument de coopération inter hospitalier à privilégier qui a vocation à se substituer aux autres modes de coopération institutionnelle* ». ⁶⁰

3.2.2 La nécessité de déterminer le mode de coopération dans la mutualisation entre Arbois et Poligny

A) Les enjeux d'un cadre juridique :

Une formalisation de la coopération entre les deux établissements acterait officiellement leur adhésion institutionnelle et professionnelle au projet de mutualisation. En termes d'impact auprès du personnel, des différents partenaires mais également vis-à-vis des autorités de contrôle et de tarification, cette démarche – même si elle n'est pas forcément suffisante – apporterait plus de crédibilité, de soutien, de réassurance et de pérennité à ce projet. Le positionnement des deux directions s'en trouverait clarifié avec des décisions et des initiatives qui ne seraient plus unilatérales ou relevant d'un consensus déguisé mais prises, au contraire, dans un cadre où la gouvernance

⁵⁹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale. JORF du 3 janvier 2002 page 124

⁶⁰ CORMIER Maxence. Décembre 2007. « *Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier* ». Revue fondamentale des questions hospitalières. N° 14. Editions Les études hospitalières. Bordeaux. Page 355

et les règles d'organisation auraient été définies préalablement. C'est la condition nécessaire également à un discours univoque, à une relation « gagnant – gagnant » entre les deux établissements.

Un autre point me paraît intéressant, compte tenu tout particulièrement des craintes exprimées par des agents des équipes de restauration : celui de leur statut. Un GCS, par exemple, assure le maintien du statut des personnels des établissements publics (fonction publique ou contractuels de droit public) tout en pouvant être également employeur. Le groupement n'est en fait qu'un lieu d'exercice sans modification des liens entre l'agent et son établissement d'origine.

Même si une harmonisation de l'organisation et des conditions de travail peut s'avérer nécessaire au sein de la future équipe de restauration, le cadre juridique de la coopération, défini en première intention, aurait contribué à limiter sinon éviter certaines craintes des personnels au regard de leur salaire et évolution de carrière.

B) Le choix du cadre juridique :

La coopération conventionnelle ne modifie pas véritablement le fonctionnement des établissements et demeure la forme juridique de coopération la plus souple et de fait, la plus fréquemment utilisée par les établissements. Mais elle a ses limites. Ainsi, elle ne garantirait pas de patrimoine propre aux membres qui participeraient financièrement à une restructuration mutualisée. Dans le cas du projet d'UCP, qui sera construite sur le patrimoine foncier de l'hôpital d'Arbois, comment garantir à l'autre établissement, par un simple conventionnement, son retour d'investissement ? Et au niveau de l'exploitation, l'absence de budget spécifique et autonome faciliterait-il la clarté des comptes ?

La coopération organique permet donc une collaboration plus pérenne et sécurisée. Les capitaux et les contributions financières apportés y sont clairement définis et tous ses membres sont tenus des dettes du groupement.

Durant mon stage de professionnalisation à Arbois, parallèlement au pilotage de la démarche MEAH, j'ai effectué une recherche documentaire sur les modes de coopération possibles pour les deux hôpitaux locaux puis réalisé une synthèse sous la forme d'un tableau comparatif, destinée aux deux directeurs d'établissement. Une réunion, organisée ensuite avec un juriste de

l'ARH et les deux directions, a permis de statuer sur le cadre juridique le plus adapté : le GCS.

Mais à l'issue du stage, en juin dernier, la réflexion sur l'organisation et le fonctionnement de ce groupement ainsi que sa formalisation n'étaient toujours pas engagées...

C) les actions à poursuivre

Les modalités de coopération doivent être clairement entérinées par les deux directions. Pour un GCS, c'est la convention constitutive qui, avec le règlement intérieur, définira les règles déterminant les droits des membres, les contributions respectives aux charges de fonctionnement, les conditions d'administration, d'organisation et de représentation du groupement (Assemblée Générale, Administrateur), ...

Les instances de chaque établissement devront ensuite être consultées pour avis et délibération avant signature de la convention constitutive. Celle-ci pourra alors être soumise à l'approbation de l'ARH.

La constitution d'un GCS apporte indéniablement des garanties aux membres participants, aux bénéficiaires des prestations et aux financeurs. Mais c'est une procédure qui reste très lourde, dans sa conception et sa mise en œuvre, et qui soulève des interrogations (dans le cas présent, par exemple, le problème de la fiscalité pour un GCS assurant une prestation repas à des partenaires extérieurs). Pour les établissements, ces contraintes restent fortes et nécessiteraient l'aide de professionnels juristes.

En terme de management stratégique, une plus grande unité dans le positionnement des directions et une formalisation du cadre juridique de la coopération ne peuvent donc que favoriser la mutualisation de la fonction restauration.

Mais le management des hommes suppose aussi d'apporter des réponses concrètes aux craintes et attentes des personnels concernés par la restructuration. Formation et communication constituent de formidables leviers d'action pour accompagner ce changement.

3.3 L'accompagnement du personnel au changement des deux hôpitaux locaux passe par des actions de formation spécifiques ...

De nouvelles méthodes et organisations de travail découleront de la restructuration de la fonction restauration. L'enquête réalisée auprès des agents des cuisines a montré les fortes attentes des professionnels au regard des nouvelles techniques qui vont s'imposer.

La professionnalisation des équipes de restauration suppose de programmer, dès à présent et sur les deux années à venir, des actions de formation ciblées afin de préparer au mieux l'ouverture de l'UCP. Pour les cuisiniers chargés de la production, les priorités concernent la liaison froide, la cuisson à basse température, la cuisson sous vide, le conditionnement... Et pour les équipes hôtelières chargées de la distribution des repas, les actions porteront sur l'organisation des cuisines relais, l'allotissement, la préparation des plats et des plateaux, la remise en température....

Compte tenu du nombre d'agents concernés, ces actions nécessitent d'être anticipées pour des raisons financières et organisationnelles. D'autant que s'ajouteront éventuellement à ces actions d'autres journées de formation proposées par les fournisseurs d'équipement.

Différents organismes de formation sauront répondre bien entendu à ces demandes. Certaines formations pourront être proposées en intra, réunissant un maximum d'agents des deux établissements.

Mais visites, stages terrain peuvent être également proposés avec, ici, un avantage pragmatique et financier.

Les travaux réalisés durant la démarche MEAH ont mis en exergue les besoins de formation des différents professionnels concernés et certaines visites d'UCP ont pu être organisées, répondant ainsi à de premières attentes.

Cahiers des charges, appels d'offres, budgétisation des formations et inscription au plan de formation restent néanmoins à organiser.

Outre la formation, des préconisations sur la communication et l'information à apporter peuvent être proposées.

3.4 ... et un renforcement de la communication

La qualité du pilotage d'un changement fait appel à la capacité des dirigeants à gérer un dialogue à interaction positive. Cela repose tout d'abord sur l'annonce même du changement, tant dans sa forme que dans son contenu, qui « *conditionne fortement le déroulement du processus chez nos interlocuteurs* ». ⁶¹ Et, « *pour être efficace, l'annonce du changement doit répondre à trois critères : elle doit être exhaustive, factuelle et précise* ». ⁶²

Le projet de cuisine centrale mutualisée des hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny souffre, à la base, d'une communication ne prenant pas en compte tous les enjeux de cette restructuration. Ainsi, des agents des cuisines pourtant activement impliqués dans les groupes de travail MEAH peuvent encore douter de sa faisabilité. De fait, la communication sur ce projet s'avèrera imprécise et non exhaustive tant que ne sera pas véritablement entérinée la coopération entre les deux établissements.

Les informations sur l'accompagnement MEAH et les travaux des groupes de travail ont pourtant été initiées dès le lancement puis tout au long de la démarche. Méthodiques, nombreuses et variées, elles se sont appuyées sur de multiples supports de communication. Ainsi en est-il des notes d'information, articles, comptes rendus systématiques de réunions des groupes de travail ou des journées d'interventions du consultant... communiqués via des courriers, journaux internes, courriels, affichages...

Mais l'efficacité de la communication repose là encore sur la démarche stratégique développée par les deux directions. En dehors de la MEAH, les informations communes sur le projet se rapportent aux études de faisabilité antérieures, l'une sur le partenariat possible, l'autre sur le choix d'implantation de la future cuisine centrale. Deux études pour le moins difficiles –pour ne pas dire conflictuelles- à l'issue fortement empreinte de résignation.

Avec la formalisation du mode de coopération, la principale préconisation en matière d'information concernerait la décision d'une communication commune et régulière apportée par les deux directions à l'ensemble de leur personnel. Cette action permettrait un langage univoque, crédibiliserait le

⁶¹ CARTON Gérard – Dominique. « *Eloge du changement* ». Op.Cit Page 95

⁶² Ibid Page 96

projet de restructuration, limiterait les rumeurs ou interprétations (très fréquentes entre les deux établissements) et participerait ainsi à un véritable travail de collaboration.

Les différentes étapes inhérentes aux opérations de travaux qui vont se succéder dans les mois à venir me paraissent propices à la mise en œuvre de cette communication, en complément de la poursuite des travaux des « groupes MEAH ».

Dans le même registre, des réunions régulières seraient à programmer entre les deux directions et l'ensemble des équipes de restauration afin de parler un langage commun et réguler les éventuelles tensions ou inquiétudes rencontrées par ces personnels.

Enfin, une communication commune et régulière, reflet d'une coopération voulue, partagée et cohérente, positionnerait différemment les deux établissements auprès des autorités de contrôle et de tarification, interlocuteurs privilégiés dans ce projet et qui auront de plus en plus à intervenir dans sa mise en œuvre.

Conclusion

Les principales missions, qui m'auront été confiées durant ces huit mois de stage à l'hôpital local d'Arbois, répondaient à divers projets institutionnels ou démarches en cours : la certification, le projet d'établissement, la mise en place d'un accueil de jour, un projet d'unités pour patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et la restructuration de la fonction restauration.

Diverses raisons expliquent le fait que cette dernière mission ait plus particulièrement inspiré mon travail de fin d'études. Tout d'abord, le contexte de cette restructuration était intéressant à appréhender de par l'importance que revêt une restauration de qualité pour un directeur d'établissement. Ensuite, cette démarche s'inscrivait dans le cadre d'une mutualisation entre deux hôpitaux locaux avec un accompagnement par la MEAH. Enfin, ma qualité de chef de projet dans cette restructuration m'a permis, tout au long du stage, d'acquérir des connaissances et de mettre en œuvre et développer des compétences organisationnelles et managériales. Mais c'est surtout mon rôle de coordination entre les deux établissements qui m'a conduit à m'interroger sur le positionnement, l'implication et la stratégie du DESSMS face au changement.

Le changement, dans toute organisation, ne saurait être une fin en soi. Pour autant, l'évolution de la réglementation, les réponses à apporter en termes de qualité, de sécurité et de satisfaction des usagers et des personnels ont tendance aujourd'hui à donner un caractère permanent au changement dans les établissements. Mais aussi légitime soit-il, il ne peut s'imposer par la technique ou l'autoritarisme mais nécessite une mobilisation constructive des personnels.

Cela s'inscrit dans une démarche stratégique qui doit être impulsée par le directeur d'établissement. Anticiper, faire des choix tout en sachant recourir à des aides à la décision, accompagner mais aussi faire participer le personnel, mobiliser sans démotiver les ressources internes, communiquer sans désinformer : une alchimie complexe qui souligne la difficulté mais aussi la richesse et l'intérêt du rôle stratégique du directeur.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- RÈGLEMENT (CE) DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL
No 852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires.
Journal Officiel de l'Union Européenne (J.O.U.E) du 30 avril 2004

- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale.
JORF du 3 janvier 2002 page 124

- LOI n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Annexe : Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. JORF du 24 décembre 2002 page 21482

- LOI n° 2004 – 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Objectif quantifiable n° 98. JORF n° 185 du 11 août 2004.

- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009 page 12184

- MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. JORF du 23 octobre 1997. Page 15437

- MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale. JORF n° 182 du 8 août 2006. Texte 25.

- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS). Circulaire E1 n° 2002- 186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Texte non paru au *Journal officiel*. BO n° 2002-16. Période de publication : 15 au 21 avril 2002. Page 1475

- MINISTERE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. Note de service DGAL/MUS/N2009-8191 relative à la gestion des toxi-infections alimentaires collectives_– Déclaration, inspection et rapport d'investigation. 19 pages

Disponible sur Internet :

<http://ressources.ehesp.fr/igs/data/rese/n090709b.pdf>

Ouvrages :

CARTON Gérard – Dominique. Mai 2004. « *Eloge du changement. Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel* ». 2^{ème} édition. Village Mondial. PARIS. 256 pages

CÔTE Marcel, MALO Marie-Claire. 2002. « *La gestion stratégique : une approche fondamentale* ». Editions GAETAN MORIN. Boucherville – QUEBEC – CANADA. 370 pages

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. 1977. « *L'acteur et le système* ». Editions du SEUIL. PARIS. 504 pages

GHERTMAN Michel. Novembre 2004. « *Le management stratégique de l'entreprise* » Collection Que sais-je ? Editions PUF. PARIS. 125 pages

HELPER Jean-Pierre, KALIFA Michel, ORSONI Jacques. Juin 2006. « *Management, stratégie et organisation* ». 6^{ème} édition. VUIBERT. PARIS. 482 pages

LAROUSSE. Dictionnaire encyclopédique. 1979. Tome 20. Editions du Club France Loisirs. PARIS.

M.FERRY / E.ALIX, P.BROCKER / T.CONSTANS, B.LESOURD / D.MISCHLICH, P.FPITZENMEYER / B.VELLAS. 2007. « *Nutrition de la personne âgée* ». 3^{ème} édition. PARIS. MASSON. 303 pages

MAISONNEUVE Jean. 1990. *La dynamique des groupes*. Collection Que sais-je ? Editions PUF. PARIS. 128 pages

PASTOR Pierre. Avril 2005. « *Gestion du management* ». Editions Liaisons. PARIS. 182 pages

ROSNAY (Joël de). 1975. « *Le macroscopie. Vers une vision globale* » Editions du SEUIL. EVREUX. 305 pages

Articles de périodiques :

BONNICI Bernard. Mai 2003. « Les jeux de pouvoirs dans l'institution hospitalière ». *Revue Soins Cadres*. N° 46. MASSON. PARIS. 80 pages

CORMIER Maxence. Décembre 2007. « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ». *Revue fondamentale des questions hospitalières*. N° 14. Editions Les études hospitalières. Bordeaux. 460 pages

GROSJEAN Lionel. Décembre 2007. « *Plan de maîtrise sanitaire et HACCP en restauration hospitalière* ». *Revue Hygiènes*. Volume XV. N° 4. Page 289 à 295

MORSAIN Agnès. Mai 2003. « *Le management stratégique* ». *Revue Soins Cadres*. N° 46. Editions MASSON. PARIS. 80 pages

TERMENS Jean. Décembre 2007. « *La fonction alimentation à l'hôpital* ». *Revue Hygiènes*. Volume XV. N° 4. Pages 284 à 288

Rapports, guides, textes de référence : (par ordre chronologique)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) – 2001-2005. Sommaire et programme. 40 pages. (Visité le 12/03/2009). Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/1n1.pdf>

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE. Sous-direction des âges de la vie. Juillet 2002. *Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médicosociaux*. 35 pages. Disponible sur Internet : <http://bourgogne.sante.gouv.fr/themes/institutions/ddass89/doc/guidrepe.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. RICOUR Claude. Décembre 2002. *Mise en place d'une politique nutritionnelle en établissement de santé*. Rapport de mission. 13 pages (hors annexes)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Deuxième programme national nutrition santé – 2006-2010 – Synthèse. 6 pages. (Visité le 12/03/2009). Disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/nutrition-programme-national-nutrition-sante-pnns/programme-national-nutrition-sante-2006-2010/programme-national-nutrition-sante-2006-2010.html>

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). Rencontres 2007. Synthèse sur la table ronde 28 : « La dénutrition du sujet âgé : un enjeu de santé publique. » 9 pages

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Comment la dépister, la prévenir, la traiter ? Avril 2007. 25 pages

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE Recommandation n°J5-07 du 4 mai 2007, rédigée par le Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition (GEMRCN) et approuvée par le Comité exécutif de l'Observatoire Economique de l'Achat Public (OEAP). 69 pages.

MEAH. Présentation des conclusions de l'étude « Energie 4 + » : *les problèmes de nutrition, fréquence, causes et conséquences*. Dossier thématique restauration. Rubrique documentation. « L'alimentation à l'hôpital, un réel enjeu de santé ». Disponible sur Internet : <http://www.meah.sante.gouv.fr> .

MEAH. Avril 2008. *Comité de Liaison en alimentation et nutrition. Mettre en place et animer un CLAN. Guide pour les établissements de santé*. PARIS. Berger-Levrault. Préface du Dr Jean-Fabien ZAZZO, Membre du Comité de pilotage du PNNS. Chargé de mission auprès de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). 94 pages

Rapport d'inspection de la Direction Départementale des Services Vétérinaires du Jura daté du 21/03/2008. Inspection réalisée le 10/03/2008. 2 pages

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS (MEAH).
Ministère de la santé et des sports. *Organisation de la fonction restauration Retours d'expérience – Tome II*. Février 2009. 201 pages

Sites Internet

Définition de la dénutrition / Mise à jour du 23/04/2008.

Disponible sur Internet : <http://www.denutrition-geriatrie.com/> Consultation du 13/01/2009

L'Internaute Encyclopédie.

Disponible sur Internet : <http://www.internaute.com/dictionnaire> .
Consultation du 11/06/2009

Syndicat National de la Restauration Collective.

Disponible sur Internet : <http://www.snrc.fr> . Consultation du 11/06/2009

Schéma proposé par TREBUCQ Stéphane. *Management – L'essentiel des concepts et des pratiques*. Chapitre 7 : le changement et l'innovation.

Consultable sur Internet : <http://trebucq.u-bordeaux4.fr/fonctions.htm>
Consultation du 19/03/2009

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr_tr28_rencontres_2007.pdf

<http://www.meah.sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Synthèse du diagnostic MEAH

Annexe n°2 : Plan d'actions MEAH

Annexe n°3 : Guide d'entretien

Annexe n°4 : Synthèse des résultats d'entretien

Annexe n° 1 : synthèse du diagnostic MEAH

Marketing

1. La même possibilité est offerte pour l'accompagnement avec seulement de la purée pour HL d'ARBOIS ce qui n'est pas adapté du point de vue purement hôtelier
2. Il serait important d'ajuster la carte de plats fixes en fonction du besoin et d'en valider le contenu
3. L'expertise conduite plus en avant dans le présent dossier atteste de certaines limites des plans alimentaires et notamment du rapport féculents/légumes à l'hôpital d'ARBOIS
4. On n'observe aucune entrée chaude proposée sur ce cycle de menus, cette prestation peut être appréciée vis-à-vis du type de clientèle des 2 établissements
5. Nous préconisons une adaptation commune du plan alimentaire, en vue de réalisation de grille de menus.
6. Les horaires des dîners et du petit déjeuner induisent une durée de jeûne nocturne pouvant aller jusqu'à 13h25. Cette durée est supérieure aux préconisations (12h00). Cet élément peut être identifié comme une déficience dans la prise en charge nutritionnelle des seniors.
7. La durée de consommation laissée aux patients et aux résidents ne répond pas toujours aux préconisations des pouvoirs publics. En effet, il est conseillé que les temps alloués soient de 1 heure pour le déjeuner et de 45 minutes pour le dîner.
8. L'amplitude horaire entre le déjeuner et le goûter est généralement inférieure à 3 heures. Les préconisations précise que l'écart entre deux rendez-vous alimentaire devrait être supérieur à 3 heures.
9. La prise des repas est donnée dans certains services, sous couvert de respecter le rythme des clients patients.
10. Les éléments périphériques du repas (entrées, fromages, desserts) sont dressés en contenants jetables ou en vaisselle selon les différentes catégories de produits, ne mettant pas en valeur les aliments.
11. Les patients nécessitant une aide au repas ne sont pas clairement identifiés, ce qui occasionne une note 3 au niveau de l'indicateur retenu
12. Le service du repas en chambre est réalisé sous forme de plateaux. Ce mode de service favorise le non séquençement de la prise alimentaire. Il est souhaitable de proposer les aliments au fur et mesure du repas.
13. Les éléments périphériques du repas sont proposés en barquettes peu adaptées à la mise en valeur des denrées.

- 14.** L'absence de choix proposé aux patients et résidents est préjudiciable à la qualité de la prise en charge des consommateurs.
- 15.** Pour répondre aux attentes spécifiques des personnes âgées, il serait souhaitable d'envisager les modalités d'une offre de choix correspondant à la typologie de la clientèle.
- 16.** Il serait intéressant également d'élargir l'étude à l'adaptation des plans alimentaires et de la prise en charge nutritionnelle aux différents types de consommateurs (différenciation EHPAD - SSR et restaurant de personnel), et d'adapter ainsi les différentes textures.
- 17.** Un travail devrait être conduit pour établir un mode opératoire pour la mise au point des fiches techniques et pour leur application.
- 18.** Les fiches techniques n'ont jusqu'à présent pas été utilisées par l'équipe de cuisine et font l'objet de remise en question.
- 19.** La production de repas dans le cadre du secteur santé doit répondre à deux éléments : le plaisir de fabriquer et de servir des repas aux consommateurs et la notion de cadrer et de standardiser les fabrications afin d'apporter des réponses à une meilleure maîtrise économique.
- 20.** L'absence de fiches techniques intégrant les modes opératoires et par conséquent un respect partiel des recettes n'apporte pas de garantie sur la valeur nutritionnelle des menus
- 21.** Globalement le score nutrition est faible, mais l'analyse démontre de la justesse du nombre de produits utilisés, le fait de se rapprocher au plus juste des préconisations permettrait de remonter se score pénalisant.
- 22.** Il serait souhaitable que les menus soient bâtis sur une base de plan alimentaire sur 5 semaines pour permettre leurs mises en routine.
- 23.** Le niveau de satisfaction des patients et résidents n'est pas satisfaisant, sur l'HL de POLIGNY en rapport avec les résultats de la MeaH. En effet on observe un résultat négatif de 66%

Main d'œuvre

- 1.** L'activité est faiblement répartie, en effet on observe un temps d'encadrement "noyé" dans une organisation sans véritable hiérarchie, le responsable de cuisine n'est pas franchement identifié sur l'HL d'ARBOIS
- 2.** Les tâches de nettoyage et de laverie cumulées représentent le second poste en terme de charges de travail.

3. Toutefois les tâches administratives et de gestion normalement assurées par le chef de cuisine pourraient être largement augmentées, et de ce fait se diriger vers l'obtention d'un logiciel de GPAO adapté à la taille de l'établissement, ce qui permettrait au responsable d'assumer d'autres tâches liés à son statut.
4. La répartition des effectifs de la fonction restauration confirme que le poids de la production est important dans le coût d'un repas au niveau des charges de travail, ce qui semble tout à fait justifié au regard de l'organisation.
5. Le passage en liaison froide devrait générer de la souplesse.
6. Le faible temps passé à cette prestation représente un ETP.
7. La méthode de travail n'est pas en adéquation avec l'effectif, les horaires pratiqués ne permettent pas de mettre en place une organisation stable et cohérente.
8. Il en est de même pour les fiches technique qui attestent de la bonne utilisation rationnelle des produits entrants en production, au travers d'un plan établi à l'avance.
9. Le ratio identifié atteste d'une productivité faiblement performante de la fonction restauration dans sa globalité
10. A noter que le ratio de la productivité de la fonction production confirme les éléments analysés au niveau de l'effectif de la cuisine en rapport avec l'organisation du travail.

Matière

1. Les produits de type salade verte devraient être achetés en 4ième gamme, afin de garantir des qualités hygiéniques sûres
2. On distingue nettement l'utilisation de produit brut sur l'HL d'ARBOIS
3. Les frites sont à traiter en prêt à frire juste blanchie ou surgelées
4. Pour les laitages de type fromage blanc, les compotes et salade de fruits une étude est à réaliser en produits finis.

Méthode

11. Les plans standard ne sont pas pris en compte à 54.5%
12. Les besoins nutritionnels ne sont couverts qu'à 64.7%
13. Le plan alimentaire n'est pas en cohérence avec le GEMRCN
14. L'organisation des menus ne propose pas de choix ni de remplacements systématique des plats
15. Les prises alimentaires ne sont pas bien réparties, induisant un jeûne nocturne supérieur
16. Les grammages ne sont pas systématiquement respectés

- 17.** L'absence de fiches techniques implique un non respect des apports nutritionnels recommandés
- 18.** Il n'y a pas d'enrichissement des denrées pour des besoins spécifiques
- 19.** Les productions à textures modifiées, les régimes et l'enrichissement des denrées ne font pas l'objet de procédures
- 20.** Le dépistage de la dénutrition n'est pas systématique, il est seulement sur prescription médicale
- 21.** Il n'y a pas de Traçabilité des consommations par un recensement de l'ingesta
- 22.** Le patient n'a pas le choix de son repas dans tous les services
- 23.** Les approvisionnements ne sont pas optimisés avec un outil informatique
- 24.** Les cahiers des charges ne sont pas utilisés comme outil
- 25.** Il n'existe pas de recette formalisée par mets avec des grammages précis
- 26.** Les procédures de réception des marchandises ne rentrent pas dans l'organisation
- 27.** Les cahiers des charges ne sont pas utilisés comme outil à réception de marchandises
- 28.** La non-conformité n'est pas formalisée, les poids à réception ne sont pas contrôlés
- 29.** Les rotations de stocks surgelés, les inventaires physiques et l'identification des denrées ne sont pas réalisés
- 30.** La décontamination primaire n'est pas formalisée. Il n'y a pas de séparation marquée des zones de préparation primaires
- 31.** Il n'y a pas de planning de production et de déconditionnement
- 32.** Un manque de place est identifié. Une organisation différente pourrait permettre une amélioration des pratiques
- 33.** La configuration des locaux de l'HL de POLIGNY ne permet pas d'adapter les tâches de plonge dans de bonnes conditions.
- 34.** ⇨ Les pratiques liées à la distribution des repas ne sont pas harmonisées et ne correspondent aux attentes qu'à 52.9%
- 35.** L'évaluation nutritionnelle n'est pas réalisée à 75%
- 36.** La qualité hôtelière n'est ni formalisée ni contrôlée, l'analyse évalue ce critère à 80%
- 37.** Les repas du restaurant du personnel ne correspondent pas aux attentes de l'organisation classique d'un self à 66.7%
- 38.** La formalisation des réunions n'est pas systématique, mais s'avère pourtant ici nécessaire.
- 39.** Il n'existe pas de formalisation de la production, ni de planning de réalisation. Le système en place est archaïque
- 40.** Il n'existe pas d'organigramme connu, et le responsable de l'HL d'ARBOIS n'est pas reconnu dans son rôle

41. Le plan de nettoyage n'est pas formalisé et respecté
42. Les enregistrements du suivi et du contrôle du plan de nettoyage ne sont pas réalisés
43. Les relevés de température sont en cours de réalisation et de formalisation
44. Il n'y a pas de surveillance du système HACCP en place
45. Il n'y a pas de formation spécifique clairement identifiée pour les équipes de production et de distribution des repas
46. Le circuit déchets n'est pas satisfaisant
47. Il n'y a pas de plan de vie, chiffré du parc matériel
48. Il n'y a pas de contrat d'entretien pour les matériels

Matériel

1. Les matériels de Distribution sont en rupture d'utilisation pour l'HL de POLIGNY et doivent s'orienter vers un achat correspondant aux besoins liés à l'organisation définie.

Montant

2. Les dépenses alimentaires représentent un poids important (+11% pour POLIGNY et 8% pour ARBOIS) en regard des niveaux constatés habituellement. Cet écart ne s'impacte pas sur le coût matière (1,53€ et 1.75€ sur POLIGNY) qui est bien positionné dans la fourchette basse de la cotation MeaH.
3. Le niveau de dépense des frais de personnel est supérieur de 5%, un point de maîtrise devrait être apporté avec la mutualisation des équipes et la réorganisation des méthodes de travail.
4. Une productivité moyenne du poste fabrication (13,7 et 14,3 repas pondérés par heure production, très en deçà de la base haute de cotation MeaH située à 25,4)
5. Une gestion des organisations en cuisine centrale peu performante

Annexe n° 2 : Plan d'actions MEAH. Fiches actions n° 1, 2 et 3

Annexe n° 3 : Grille d'entretien

Etape 1 : cadrage de l'entretien

Lieu : Date : Heure : Durée :	Préalable
Remarques éventuelles sur les conditions d'entretien	
Objectifs et contexte de l'entretien. Mon positionnement d'élève directeur Règles de confidentialité et d'anonymat. Temps imparti. Prise de notes	Présentation de la démarche
Identification de l'interviewé(e) : Age, qualification, grade, poste occupé Parcours professionnel, ancienneté dans la fonction et dans l'établissement	Connaissance de la population interviewée

Etape 2 : avis, attentes, craintes, suggestions sur le projet de cuisine centrale mutualisée

Origine du projet, principales étapes chronologiques. Situation actuelle Sentiment général sur la démarche entreprise (optimisme ou scepticisme)	Connaissance du projet et adhésion
Enjeux de ce projet ? Légitimité ?	Connaissance du projet et adhésion
Difficultés ? Obstacles ? Ecueils ? Freins ?	Sous questions 3 et 4
Personnellement, craintes (/ inconnu ? / perte ?), doutes (/ intérêt du changement ?) Vision de l'avenir, de la situation professionnelle (statut, hiérarchie, salaire, conditions de travail, adaptation à l'emploi, travail en équipe, poste, identité et culture, pouvoir, autonomie, qualification, formation ? ...)	Sous questions 3 et 4
Attentes, souhaits, suggestions	

Etape 3 : Qualité de l'information reçue et de la communication proposée

Information suffisante (/enjeux, objectifs, stratégie) ? Adéquate ? Par qui ?	Sous questions 2, 3 et 4
Supports appropriés ? Moments opportuns ? Suggestions ?	

Etape 4 : Pilotage et rôle de la direction

Pilotage effectif ? Positionnement des directions ?	Sous question 3 et 4
Votre participation au projet : encouragée, forcée, facilitée ? Sentiment d'être soutenu par la hiérarchie ? Moyens mis à disposition ?	
Mode de coopération entre les deux établissements : infos, explications sur les scénarii possibles et leurs conséquences sur le personnel hospitalier ?	
Facteurs favorisant le changement ? 3 choix par ordre prioritaire parmi : - communication – négociation – consultation – coercition – formation - soutien officiel -	

Etape 5 : Accompagnement par la MEAH

Intérêt d'un accompagnement extérieur ? Points positifs, négatifs ?	Sous question 2
Votre participation ?	

Annexe n° 4 : Synthèse des résultats d'entretiens

1) Caractéristiques de la population interviewée

Population cible totale	Femmes	Hommes	Arbois	Poligny	Agés (décroissant)	Moyenne d'âge
14	2	12	7	7	55, 50, 46 (2), 45, 44, 43, 41, 39, 38, 31, 30, 29, 26 ans	+ de 40 ans

Formation, qualification :

- 1 BTH cuisine + BTS restauration + CAP et BEP cuisine
- 1 CAP et BEP cuisine + CAP chocolatier confiseur avec formations complémentaires de pâtissier et de traiteur
- 1 CAP et BEP cuisine + 1 CAP de pâtissier
- 3 CAP et BEP cuisine
- 1 CAP et BEP cuisine + VAE gérant de restauration collective niveau 3
- 1 BEP restauration,
- 1 CAP cuisine + CAP boucher et CAP de serveur – commis de restaurant
- 4 CAP cuisine
- 1 sans qualification de base
- 2 agents contractuels et 12 titulaires

	Nombre d'années (décroissant)	Moyenne
Ancienneté dans la profession	37, 35, 31, 29, 28, 26 (2), 23, 21, 19, 15, 14, 10, 9 ans	+ de 23 ans
Ancienneté dans l'établissement	37, 31, 18, 16, 10 (3), 9 (2), 8 (2), 5 ans, 18 mois, 15 mois	+ de 12 ans

2) Avis, attentes, craintes, suggestions sur le projet de cuisine centrale mutualisée

Connaissance du projet et adhésion

Connaissance du projet	Non connaissance du projet
Bonnes connaissances du projet et de sa chronologie (9/14)	Pas d'informations sur l'origine et les étapes du projet (1/14)
« Plus par les fuites que la voie officielle » (1/14)	
« Clair sur l'objectif, moins sur la forme » (1/14)	
« Projet plus clair au moment du lancement MEAH mais imprécis sur la mutualisation » (1/14)	
« Impliqué dès les premières démarches » (1/14)	

Légitimité et enjeux de ce projet

Légitimité reconnue	Légitimité non reconnue
Légitime pour son aspect économique (10/14)	Pas légitime (3/14). Chaque établissement aurait du garder sa cuisine respective (2)
Mutualisation légitime mais qui aurait pu dépasser le cadre de 2 établissements (1/14)	
Optimisme	Scepticisme
Optimistes (5/14) car « la cuisine actuelle ne convenait plus » (1) et « plus de promotions possibles » (1), « nouvelles méthodes de travail et nouvelle expérience » (1), « locaux neufs » (2.)	Projet « en dents de scie » (1/14)
	Nuisances liées à l'implantation de la future UCP (1/14)
	Organisation future du travail (2/14)
	Beaucoup trop d'inconnu (2/14)
	Ne croit pas au projet de cuisine centrale mutualisée (1/14)
	Encore des doutes sur la faisabilité du projet (/ financement) (1/14)
	« Mal décidé dès le début. Enjeux clairs pour l'UCP mais doutes / cuisines satellites » (1/14)

Difficultés, obstacles, écueils, freins

Difficultés
<ul style="list-style-type: none"> - Contre l'intervention de cuisiniers en cuisines relais : (9/14) Favorable (5/14) mais si roulement (2) et si le travail des cuisiniers est valorisé (2) et des responsabilités reconnues (1) et une autonomie donnée (1) - Présentation du projet et de son déroulement. « On ne sait pas toujours ce que souhaite la direction » (1/14) - Premier obstacle : « les équipes » car « désolidarisation et modes de travail à revoir » (1/14) - « Le personnel » (1/14) - « L'aspect financier » (1/14) - « On ne parle pas tous le même langage. On recommence sans arrêt et on modifie sans cesse ce qui est démotivant » (1/14)
Craintes / inconnu
<ul style="list-style-type: none"> - Liaison froide (6/14) - Organisation et conditions de travail (5/14) - Futur travail en équipe (3/14) - Nouveaux équipements et techniques (2/14) - Hiérarchie (2/14) - Horaires coupés (1/14) - Résultat final (1/14) - Direction future (1 /14) - Evaluation du personnel (1/14) - Qualité des repas (1/14) - Pas assez de lisibilité sur notre devenir (1/14) - Ne pas pouvoir s'exprimer, ne pas être reconnu compte tenu de son âge et ancienneté (1/1)
Craintes / pertes
<ul style="list-style-type: none"> - Salaire (diminution si production 5 jours / 7 au lieu de 7 / 7) (5/14) - Eloignement domicile – travail avec plus de kms (4/14) - Horaires de travail (4/14) - RTT (4/14) - Statut (4/14) - Primes (1/14)

<ul style="list-style-type: none"> - Moins bonne qualité avec la liaison froide (1/14) - Toujours rattaché à son établissement ? (1/14)
Doutes / changement
<ul style="list-style-type: none"> - Pessimiste quant au résultat final du fait d'un projet relatif à une « petite cuisine centrale » et le fait de devoir « intervenir dans les cuisines satellites » (2/14) - « Aucun intérêt de changer » (1/14) - « Le projet sera sûr lorsque la construction sera engagée » (1/14) - Adéquation de la taille de la future cuisine (1/14)
Vision future situation prof.
<ul style="list-style-type: none"> - Inquiétude / son statut (2/14) notamment de contractuel (1) - Beaucoup d'inquiétudes / statut, salaires, redéploiement de personnel (1/14) - Rassuré par son statut de fonctionnaire (1/14) - Souhaite trouver un autre poste, à responsabilités (1/14) - Pas d'évolution et inquiet / temps qui passe (1/14)
Attentes, souhaits, suggestions
<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'une véritable formation d'adaptation à l'emploi (liaison froide, cuisson à basse température, allotissement) (9/14) - Visiter des unités de production en liaison froide et des cuisines relais (2/14) - Avoir plus de réunions cadrées, formalisées (2/14) - Allotissement individuel à l'UCP préférable (1/14) - Souhait d'un projet innovant, améliorant la prestation et la qualité du travail (1/14) - Formation de « conseiller restauration » (1/14)

3) Qualité de l'information reçue et de la communication proposée

Suffisante ?
<ul style="list-style-type: none"> - oui (5/14) - non (4/14) - insuffisante sur les enjeux et la stratégie (2/14) - « Trop d'information et de désinformation » (1/14) - Le plus souvent « à la demande d'agents de l'équipe » (1/14) - « Je n'attends pas que les informations arrivent » (1/14)
Adaptée ?
<ul style="list-style-type: none"> - Le plus souvent informelle (2/14) - Réunions programmées et débriefings en équipe, par le responsable des cuisines (2/14) - Pas toujours à l'ensemble des agents concernés (2/14) - « Beaucoup de bruits de couloir, de rumeurs » (1/14) - « Pas toujours avec les explications et l'approfondissement nécessaire » (1/14) - Au départ « informations officielles mais pas le droit de les diffuser » (1/14) - Manque de transparence avec le « devoir de se taire » (1/14) - « Des personnes savaient mais ne devaient pas répéter » (1/14) - « Beaucoup d'informations apportées par l'autre établissement, parfois contradictoires » (1/14)
Par qui ?
<ul style="list-style-type: none"> - Direction (9/14) - Instances (6/14) - Chef cuisinier (4/14) - Rumeur (3/14) - L'autre Hôpital (1/14)
Supports ?
<ul style="list-style-type: none"> - Réunions (3/14) - « Différentes versions et peu d'écrits » (1/14)
Moments ?
<ul style="list-style-type: none"> - « Souvent entre deux portes » (3/14) - Pas dans un cadre formalisé (3/14)

<ul style="list-style-type: none"> - Peu opportuns / charge de travail (3/14) - Avec les agents travaillant ce jour là (1/14)
Suggestions en matière d'information
<ul style="list-style-type: none"> - « Prendre les décisions au moment opportun » (1/14) - « Utiliser la messagerie par mail » (1/14) - « Avoir plus de notes de service » (1/14) - « Avoir les comptes rendus de réunions » (1/14) - « Réunion par les deux directeurs, un soir, des deux équipes de restaurations » (1/14) - « On ne voit pas assez le directeur » (1/14)

4) Pilotage et rôle de la direction

Avis sur le pilotage
<ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours le sentiment d'un véritable pilotage (5/14) - Pilotage satisfaisant (2/14) - Pilotage effectif dans le projet MEAH (2/14) - « Nécessité de pilotage plus directif » (1/14) - « Pas le sentiment d'une orientation unique et ciblée » (1/14) - « Le pilotage existe avec des différences entre les deux directions » (1/14) - « Impression de devoir plaire avant tout aux usagers, aux familles » (1/14) - Pas d'avis particulier (1/14)
Avis sur le positionnement de la direction
<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de « désaccord » et d' « opposition » forte entre les deux directions (5/14) - « Alliance minimale et fragile » (1/14) - « La cuisine est vécue comme un secteur à problèmes par la direction » (1/14) - « Vision trop globale de l'équipe sans prise en compte des problèmes individuels » (1/14) - « Les directions ne sont pas toujours sereines / restructuration ce qui peut faire douter le personnel » (1/14) - « Manque de cohésion et de consensus » (1/14) - « Forte probabilité de direction commune dans l'avenir » (1/14) - « Les deux directions auraient du être d'accord ensemble, dès le début » (1/14) - « La défense des intérêts institutionnels par chaque direction est légitime » (1/14) - Pas d'avis particulier (1/14)
/ votre participation au projet
<ul style="list-style-type: none"> - Favorisée et sollicitée (6/14) - Forcée (4/14) - « Plutôt forcée mais j'étais intéressé par ce projet » (1/14) - « Non sollicitée » (1/14) - « Pas sollicité en dehors de la MEAH » (1/14) - Pas d'avis particulier (1/14)
/ soutien apporté
<ul style="list-style-type: none"> - Soutien de la hiérarchie (5/14) - Pas le sentiment d'être soutenu par la direction (4) ou la hiérarchie (3) - Plus une « information indirecte et minimale qu'un véritable soutien de la part de la direction » (1/14) - « J'ai pris le projet en cours de route mais j'ai pu m'y investir sans problème » (1/14)
Informations sur le mode de coopération
<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'informations sur le mode de coopération et ses conséquences (14/14)
Facteurs favorisant le changement
<p>Communication : 1, 1, 1,1, 1, 1, 1, 2, 2, 2, 2, 2 → 7 fois en n° 1, 5 en n° 2.</p> <p>Formation : 1, 1, 1, 1, 2, 3, 3, 3 → 4 fois en n° 1, 1 en n° 2, 3 en n° 3.</p> <p>Consultation : 1, 2, 2, 2, 3, 3, 3, 3, 3 → 1 fois en n° 1, 3 en n° 2, 5 en n° 3.</p> <p>Soutien : 1, 1, 2, 2, 2, 3, 3 → 2 fois en n° 1, 3 en n° 2, 2 en n° 3</p> <p>Négociation : 2, 3, 3, 3 → 1 fois en n° 2, 3 fois en n° 3</p> <p>Coercition : 2, 3 → 1 fois en n° 2, 1 fois en n° 3</p>

5) Accompagnement par la MEAH

Intérêt d'un accompagnement extérieur

- oui : 12/14
- non : 2/14
- « Mais trop espacé » « Intérêt d'une méthode participative » (1)
- « Préférable de rencontrer du personnel de terrain » (1)
- « Décision de la direction avant tout » (1)

Points positifs

- Documents, guides et supports apportés (5/14)
- « Regard extérieur » (3/14),
- « Connaissance et expertise de la MEAH » (3/14)
- Conseils (2/14)
- « Professionnalisme du formateur » (1/14)
- « Qualité pour les patients et les résidents » (1/14)
- « Méthodologie de projet » (1/14)

Points négatifs

- Difficultés régulières suite au manque de décision des directions (4/14),
- Interventions des cuisiniers dans les cuisines relais (4/14)
- « Forcé à participer à un groupe plutôt qu'à un autre » (1/14)
- Lourdeur du dossier (1/14)
- « La prise de décision échappe aux groupes de travail » (1/14)
- « Risque d'un trop grand dirigisme et de se voir imposer des orientations » (1/14)

Votre participation à la MEAH

- « facilitée » (3/14),
- « engagée » (3/14)
- motivée (2/14)
- impliquée (2/14)
- « investie dans le travail des groupes » (1/14)
- « intéressée » (1/14)
- « partant » (1/14)
- « trop de temps gaspillé » (1/14)