



EHESP

**Directeur d'Etablissement Sanitaire,
Social et Médico-Social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

Garantir la sécurité alimentaire en EHPAD

L'exemple de la Maison de Retraite de La Bouëxière (35)

Noémie SERGENT

Remerciements

Je tiens à remercier Isabelle QUENEC'H DE QUIVILIC, Directrice de la maison de retraite de La Bouëxière, pour son soutien, pour la confiance qu'elle m'a accordée et pour avoir partagé son expérience durant ces huit mois de stage.

Je remercie les usagers et l'ensemble du personnel de la maison de retraite pour leur chaleureux accueil, ainsi que les échanges constructifs que nous avons pu avoir, et plus particulièrement le personnel de cuisine, sans lequel ma mission d'élaboration et de mise en place du PMS n'aurait pu être réalisée.

J'adresse également mes remerciements aux Directeurs des EHPAD de Corps-Nuds et de Châteaugiron, pour le partage d'expérience sur le métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, ainsi qu'aux équipes de restauration de ces deux établissements, pour notre travail en collaboration sur le PMS.

Enfin, je remercie mes parents, ainsi que Nicolas pour leur soutien constant et immuable durant l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 - LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES RÉSIDENTS EN EHPAD : UN ÉLÉMENT INDISPENSABLE	5
1.1 L'évolution du concept de sécurité alimentaire.....	5
1.1.1 Des mesures générales d'hygiène aux institutions spécialisées	5
1.1.2 Les prémices d'une prise de conscience : l'encadrement réglementaire de la sécurité alimentaire	7
1.2 Concilier la réalité des risques alimentaires en EHPAD avec la démarche qualité au sein de la fonction restauration.....	12
1.2.1 Les TIAC : des risques d'insécurité alimentaire présents en EHPAD.....	12
1.2.2 Concilier la démarche de qualité avec les impératifs de sécurité	16
1.3 Prendre en considération le contexte existant au sein de la maison de retraite de La Bouëxière	17
1.3.1 Un objectif de sécurité affiché.....	18
1.3.2 Un contexte d'élaboration spécifique	19
2 L'ÉLABORATION DE L'OUTIL DE GARANTIE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE : LE PLAN DE MAÎTRISE SANITAIRE.....	23
2.1 Les préalables à l'élaboration de l'outil PMS	23
2.1.1 Connaître et maîtriser la notion de sécurité alimentaire	24
2.1.2 Mettre en place une méthodologie adaptée à la situation de l'établissement.....	29
2.2 L'impact du PMS sur la modification des pratiques professionnelles	32
2.2.1 Le PMS : facteur de changement des pratiques professionnelles.....	32
2.2.2 Le sentiment d'excès de sécurité au détriment de la qualité des repas	33
2.3 Le PMS : une obligation réglementaire stricte qui trouve des limites d'application.....	35
2.3.1 Des dispositions strictes, incompatibles avec les réalités de fonctionnement.....	36
2.3.2 Des dispositions lourdes, qui vont parfois à l'encontre de la qualité du service offert aux résidents	37

3 PRÉCONISATIONS POUR LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE.....	39
3.1 Du management dynamique aux choix stratégiques du Directeur	39
3.1.1 Le rôle du Directeur dans la continuité du changement	39
3.1.2 Désigner le responsable "PMS" : un enjeu stratégique	41
3.2 Accorder les moyens nécessaires.....	43
3.2.1 Adapter les moyens matériels et financiers.....	43
3.2.2 Former et informer le personnel	44
3.3 Le suivi et les perspectives à long terme.....	47
3.3.1 Une démarche d'amélioration continue de la sécurité alimentaire	47
3.3.2 Les perspectives à long terme.....	50
Conclusion	53
Sources et bibliographie.....	54
Glossaire	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFSSA :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments.
AS :	Aide Soignant(e).
ASH :	Agent de Service Hospitalier.
BPH :	Bonnes Pratiques d'Hygiène.
CCP :	Point Critique de Maîtrise (littéralement : Critical Control Point).
CNA :	Conseil National de l'Alimentation.
CTE :	Comité Technique d'Etablissement.
CVS :	Conseil de la Vie Sociale.
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DDSV :	Direction Départementale des Services Vétérinaires.
DLC :	Date Limite de Consommation.
DLUO :	Date Limite d'Utilisation Optimale.
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
ESB :	Encéphalopathie Spongiforme Bovine, dite «maladie de la vache folle ».
ETP :	Equivalent Temps Plein.
FAO :	Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
HACCP :	Analyse des risques pour la maîtrise des points critiques (littéralement : Hazard Analysis Critical Control Point).
GBPH :	Guide des Bonnes Pratiques d'Hygiène.
INVS :	Institut National de Veille Sanitaire.
OIE :	Office International des Epizooties.
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
PMS :	Plan de Maîtrise Sanitaire.
TIAC :	Toxi-Infections Alimentaires Collectives.

Introduction

« La peur engendre le besoin de sécurité, celle-ci étant à son tour une des conditions du bonheur »¹

Jean Delumeau.

La sécurité est une préoccupation majeure de nos sociétés. Elle est promue et revendiquée dans tous les secteurs, qu'ils soient économiques, sociaux ou encore environnementaux. La sécurité se définit comme une « *absence ou limitation des risques dans un domaine précis* » (Définition du Petit Larousse, Edition 2009).

Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) consacrent, eux aussi, une place essentielle à la sécurité. Le Directeur est, de manière générale, responsable de la sécurité des résidents accueillis et du personnel employé.

La sécurité et la lutte contre les risques, sous diverses formes, sont présentes dans de nombreux domaines en EHPAD. Elles sont formalisées au travers de documents obligatoires, pour la plupart : document unique, plan de lutte contre la maltraitance, protocoles de soins, contre les chutes, plan bleu, registre de sécurité, sécurité-incendie, lutte contre les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques etc.

Cependant un secteur a récemment été placé au cœur des préoccupations des autorités, notamment européennes. Il s'agit de la sécurité alimentaire, qui s'impose désormais strictement dans les institutions médico-sociales.

Selon la FAO « *la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, accès à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active.* ». Pour les organisations internationales, la sécurité alimentaire se caractérise donc par quatre composantes : la disponibilité ; l'accès ; la stabilité ; et la salubrité des aliments. C'est une préoccupation encore présente pour 800 millions de personnes² qui souffrent de la faim, en particulier dans les pays en voie de développement (PVD). La crise alimentaire mondiale de 2007-2008, caractérisée par une très forte hausse du prix des denrées de base, a entraîné des famines et des émeutes dues à l'absence de nourriture dans de nombreux PVD.

¹ Extrait de la revue Le Monde de l'éducation - Juillet / Août 2001

² Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale, 13-17 novembre 1996, à l'occasion du sommet mondial de l'alimentation, disponible sur Internet [visité le 25/07/2009] : <http://www.fao.org/docrep/003/w3613f/w3613f00.HTM>

Mais dans les pays développés, la préoccupation est aujourd'hui différente. Elle touche principalement à la qualité, à l'hygiène et à la salubrité des aliments. C'est en fait « la sécurité sanitaire des aliments ». Pour certains auteurs, elle continue de se distinguer de la notion de sécurité alimentaire.

Cependant aujourd'hui l'utilisation de ces termes tend à se confondre. Comme l'explique, à juste titre, Céline COSSON³, ces deux termes attrait à la « sécurité ». Or la sécurité alimentaire n'est plus une problématique de la France, car elle dispose d'un niveau satisfaisant d'aliments en termes de quantité, de variété, qui est en conformité avec la culture. Bien qu'un pays, même riche et socialement exemplaire, ne puisse garantir à tous les citoyens une parfaite sécurité alimentaire, il demeure que le seul aspect qu'il reste à maîtriser en France est la sécurité sanitaire des produits. Or en France, il n'existe que le terme « sécurité » pour ces deux notions, qui se confondent alors petit à petit.

En outre les professionnels des EHPAD ne sont pas des spécialistes en la matière, le terme de « sécurité alimentaire » s'entend alors mieux que celui de « sécurité sanitaire des aliments ». Il sera donc traité dans ce mémoire de la « sécurité alimentaire », au sens de l'hygiène et de la salubrité des denrées alimentaires.

Les crises alimentaires européennes des deux dernières décennies (notamment l'ESB dite crise de la vache folle, le poulet à la dioxine, les viandes aux hormones ou la fièvre aphteuse) ont impulsé des orientations strictes en matière de sécurité alimentaire, y compris au sein de la restauration collective à caractère social.

En réponse au développement des échanges communautaires, aux disparités entre les pays membres en matière de vigilance alimentaire et aux crises alimentaires successives, qui ont inquiété les consommateurs, les autorités européennes ont créé une législation stricte : le « Paquet Hygiène ». Il repose sur le principe de précaution et la responsabilité de chacun des acteurs intervenant sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, dite de la fourche à la fourchette, c'est à dire de la production primaire à la consommation.

Le Paquet Hygiène est composé de textes législatifs adoptés par l'Union Européenne et applicable en intégralité sur le territoire national depuis le 1er janvier 2006. Il vise à mettre en place une politique unique et transparente en matière d'hygiène de l'alimentation humaine et animale.

Les Directeurs d'EHPAD sont invités à appliquer cette réglementation pour garantir la sécurité des denrées servies aux résidents. Depuis 2006, pour être en conformité avec la

³ Céline Cosson, in *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, p.19, mai 2002, En anglais par exemple, ces termes sont bien distincts car on parle de « food safety » pour la sécurité sanitaire et de « food security » pour la sécurité alimentaire. Mais en France, ils tendent à se confondre.

réglementation, les établissements doivent mettre en œuvre un Plan de Maîtrise Sanitaire (PMS), outil répertoriant les bonnes pratiques d'hygiène (BPH) de l'établissement, sa démarche HACCP et ses procédures de traçabilité. C'est l'outil réglementaire de formalisation de la démarche de sécurité alimentaire mise en œuvre par l'établissement. L'existence et l'application de cet outil, lourd et complexe, sont maintenant contrôlées par les autorités lors des visites d'inspection. Alors que les établissements entamaient tout juste, ou au mieux achevaient, leur démarche HACCP⁴, il a fallu dès 2006 mettre en place ce PMS. La plupart des EHPAD n'en sont qu'au début d'une mise en œuvre difficile de la sécurité alimentaire telle qu'elle leur est imposée.

La maison de retraite de La Bouëxière a souhaité se lancer dans cette démarche PMS. L'une de mes deux missions principales de stage, confiée par la Directrice, a été la mise en œuvre du PMS de l'établissement.

La maison de retraite de La Bouëxière est un établissement public autonome, qui accueille 85 résidents. Elle a toujours souhaité conserver sa cuisine en interne, fonctionnant en liaison chaude avec un service assuré le matin, le midi et le soir. La cuisine est située au rez-de-chaussée, et assure la préparation des repas pour les résidents, le personnel et les familles qui désirent partager un repas avec un résident.

L'effectivité de la sécurité alimentaire se révèle être un véritable défi pour un Directeur d'établissement. Le Directeur assure la gestion, il a la responsabilité de l'organisation de l'établissement afin de mettre en œuvre les dispositions visant à garantir des conditions de sécurité optimales aux résidents. L'application des nouvelles dispositions relatives à la sécurité alimentaire, induites par le Paquet Hygiène, fait partie intégrante de ses missions. Des infractions, et notamment celle de mise en danger de la vie d'autrui définie par l'article 223-1⁵, sont d'ailleurs prévues par le Code Pénal en cas de non-respect des règles.

⁴ La méthode HACCP est une méthode utilisée dans l'agroalimentaire qui s'appuie sur l'adage « **il mieux vaut prévenir que guérir** ». Elle a été formulée dans les années 60 par la Société Pillsbury, l'armée américaine et la NASA, qui ont collaboré pour la mise au point d'un système de production d'aliments salubres pour le programme spatial. La NASA voulait qu'un programme d'élimination total des défauts soit mis au point pour garantir la sécurité alimentaire de ses astronautes. En 1971, lors d'une conférence sur la protection des aliments, la Société Pillsbury présente les principes HACCP.

Actuellement, l'HACCP est reconnue par de nombreux organismes internationaux, comme étant l'outil le plus fiable pour la garantie de la salubrité des aliments. En Europe, plusieurs directives (notamment la directive 93/43/CEE relative à l'hygiène des denrées alimentaires) et plusieurs décisions d'application constituent les bases réglementaires pour la mise en œuvre pratique de l'HACCP. Voir annexe II L'HACCP : fiche explicative.

⁵ Article 223-1 du Code Pénal : « *Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.* »

Afin de garantir la sécurité alimentaire, les Directeurs d'EHPAD doivent conduire et impulser une réflexion importante sur l'activité restauration de l'établissement, sur l'organisation, sur la conduite du changement et sur la conformité à la réglementation.

Ce mémoire tend à montrer quels sont les difficultés, les possibilités de réflexion et les choix institutionnels qu'engendre la mise en oeuvre de la sécurité alimentaire en EHPAD, pour le Directeur, les équipes, les résidents et leurs familles, en s'appuyant sur l'expérience vécue en stage lors de la mise en place du PMS.

Pour mettre en place le PMS, un groupe de travail a été constitué avec deux autres EHPAD engagés dans la même démarche. Il a réuni une stagiaire D3S, une stagiaire qualité et les équipes cuisine. La complexité et la technicité des dispositions nous ont amenés à mutualiser nos connaissances et nos compétences. En parallèle un groupe de travail interne à l'établissement a été mis en place. Le personnel concerné a suivi une formation sur le PMS, et dans chaque établissement des audits en matière d'organisation ont été effectués.

Au travers des observations, des recherches bibliographiques que j'ai effectuées et des entretiens que j'ai menés avec chaque acteur de terrain, j'ai eu l'occasion de trouver des pistes de réflexion pour mettre en place cette obligation réglementaire. Elle relève en effet de la responsabilité des Directeurs mais elle impacte fortement sur les pratiques professionnelles des cuisiniers et sur les prestations hôtelières offertes aux résidents.

Je m'attacherai dans une première partie à présenter la nécessité d'un cadre réglementaire de la sécurité alimentaire en EHPAD, en précisant le contexte existant dans la maison de retraite de La Bouëxière au début de la démarche (partie I).

Puis, je présenterai l'élaboration de l'outil PMS, imposé depuis 2006 aux EHPAD, et qui se révèle être complexe. Il s'agit en effet d'un outil de garantie de la sécurité des aliments propre à chaque établissement qui tient compte de sa façon de fonctionner, des équipements en place. De plus, il n'est pas sans conséquence sur les pratiques de travail et n'est pas, non plus, sans poser questions et problèmes si on fait le choix d'être en conformité parfaite avec la réglementation (partie II).

Il convient enfin de proposer, après la phase d'élaboration, les conditions d'une application effective de la sécurité alimentaire ainsi que des pistes d'actions pour la mise en oeuvre du PMS au sein de la maison de retraite (partie III).

1 - LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES RÉSIDENTS EN EHPAD : UN ÉLÉMENT INDISPENSABLE

La sécurité alimentaire est aujourd'hui une préoccupation affichée des pouvoirs publics, qui ont récemment fait évoluer strictement ce domaine. Désormais cette sécurité des aliments doit aussi préoccuper le Directeur et le personnel des EHPAD, de par l'obligation réglementaire et la volonté de maîtriser les risques alimentaires, de manière à promouvoir l'assurance qualité des repas servis aux résidents. Nous verrons que la maison de retraite de La Bouëxière avait déjà pris en considération la nécessité d'assurer la sécurité globale des résidents, et souhaite la poursuivre dans le service restauration avec la mise en place de son PMS.

1.1 L'évolution du concept de sécurité alimentaire

Le concept et le contenu de la sécurité alimentaire ont constamment évolué, pour aboutir aujourd'hui à une réglementation encadrant strictement ce domaine et s'imposant aux EHPAD.

1.1.1 Des mesures générales d'hygiène aux institutions spécialisées

A) Les prémices de la sécurité des denrées alimentaires : une conception ancienne

On peut trouver les premières mesures visant la salubrité et l'hygiène alimentaire dès lors que les villes et corporations du Moyen-Age se sont constituées⁶. A partir de cette époque plusieurs manifestations des préoccupations relatives à l'hygiène alimentaire sont présentes. A titre d'exemple, l'Encyclopédie Méthodique précise : « *La viande de boucherie est la nourriture la plus ordinaire après le pain, & par conséquent une de celles qui doit davantage & le plus souvent intéresser la santé. C'est pourquoi la police veille attentivement sur cet objet, & prend toutes les précautions nécessaires pour que les bestiaux destinés à la boucherie soient sains, pour qu'ils soient tués & non morts de*

⁶ COSSON C., mai 2002, *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, p.19.

maladie ou étouffés, pour que l'apprêt des chairs se fasse proprement, & que la viande soit débitée en temps convenable »⁷.

Les préoccupations existaient déjà à cette époque, voire auparavant, car un édit de 1258 de la Ville de Dortmund en Allemagne sanctionnait de châtiments corporels, en punissant d'amputation, ceux qui touchaient la viande à mains nues⁸.

Puis à partir de 1765 avec la création de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort et en 1887 avec la création de l'Institut Pasteur, les recherches sur la microbiologie et les infections alimentaires prennent un essor considérable et trouvent des réponses, qui permettent d'avancer sur les épizooties, ainsi que sur l'hygiène et la sécurité des aliments avec la pasteurisation des aliments.

B) Les institutions spécialisées comme élément de réponse aux grandes crises alimentaires

Par la suite, la volonté de sécuriser l'alimentation a évolué à cause des différentes crises alimentaires. La réactivité a été de mise car à chaque grande crise il est possible de retrouver une réponse mise en place par les pouvoirs publics. En effet la peste bovine de 1881 a conduit à la création du Ministère de l'Agriculture et des Services Vétérinaires, la grippe espagnole a quant à elle entraîné la création du Ministère de la Santé⁹. Enfin l'ESB en 1996, a abouti à la création de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA).

On retrouve cette volonté de répondre aux crises alimentaires au niveau international. La grippe espagnole a fait prendre conscience des ravages provoqués par les épidémies, dues aux lacunes du système de surveillance et d'alerte et aux déficiences en termes d'hygiène. Elle a notamment eu pour conséquence principale, la création par la Société Des Nations d'un organisme de santé et de surveillance médicale mondiale, qui va devenir plus tard l'Organisation Mondiale de la Santé. En 1924, suite à la peste bovine, c'est l'OIE (Office International des Epizooties) qui a été créée.

⁷ *Encyclopédie méthodique*, Paris, 1783, tome XXVI, p. 229, cité dans M. BRUEGEL, A. STANZIANI, 09/2004, « Pour une histoire de la sécurité alimentaire » *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, N° 51, chapitre 3, p. 7-16, publication de l'Institut National de la Recherche Agronomique.

⁸ ANGOT J-L., BERTRAND J-M., 1998, *La sécurité sanitaire des produits alimentaires*, Séminaire d'Administration comparée, Ecole Nationale d'Administration, p.3.

⁹ COSSON C., mai 2002, *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, p.20.

Cependant malgré la création de ces institutions et la connaissance du besoin de sécurité des aliments, les différentes crises qui se perpétuent montrent que le risque zéro n'existe pas. Avec l'ouverture des frontières européennes, les pouvoirs publics ont mesuré l'ampleur du problème. Ils ont commencé dès 1993 à réglementer le marché alimentaire sur la base du principe de précaution afin d'assurer une sécurité au consommateur.

Les lacunes principales étaient l'absence de politique unique et transparente en matière d'hygiène de l'alimentation, et le défaut d'existence d'instruments efficaces pour gérer les alertes sur l'ensemble de la chaîne alimentaire.

Les crises se perpétuant, la législation a alors fortement évolué ces dix dernières années, et plus particulièrement en 2006 avec le Paquet Hygiène qui s'applique dans nos établissements.

1.1.2 Les prémices d'une prise de conscience : l'encadrement réglementaire de la sécurité alimentaire

A) La genèse de la réglementation actuelle : la méthode HACCP et l'arrêté de 1997

a) *Législation communautaire et méthode HACCP*

La prise de conscience commence avec la Directive CE 93/43 du 14 juin 1993¹⁰, qui est à l'origine des arrêtés nationaux réglementant l'hygiène des denrées alimentaire dans nos établissements de restauration collective. Cette directive répond à la multiplication des échanges communautaires qui ont augmenté les risques d'insécurité alimentaire. Elle est la base d'une nouvelle approche, fondée sur la méthode HACCP.

Elle se base sur le principe de précaution, et non sur le contrôle des produits finis. On commence alors à prendre conscience qu'en matière de sécurité alimentaire, le risque zéro n'existe pas, mais que tout doit être mis en œuvre pour réduire les risques potentiels. L'HACCP permet en cours de production ou de fabrication d'une denrée, d'évaluer, de prévenir et de maîtriser les dangers liés à la sécurité des denrées.

Pour cela, chaque établissement doit dorénavant « s'autocontrôler » : relevés de température, conservation de repas-témoin, soumission des repas témoin à des analyses inopinées par un laboratoire spécialisé, plan et validation du nettoyage, procédure de préparation des repas, etc. Des mesures correctives doivent être mises en œuvre à chaque anomalie. Ces autocontrôles et les mesures correctives sont vérifiés par les autorités à chaque visite d'inspection.

¹⁰ Directive 93/43/CEE du Conseil du 14 juin 1993, relative à l'hygiène des denrées alimentaires, JOCE n° L 175 du 19/07/1993 p. 0001 – 0011.

Pour y parvenir, l'ensemble de la législation préconise fortement de se baser sur la méthode HACCP, à moins que l'établissement ne dispose d'un meilleur système, ce qu'il doit alors prouver. C'est une méthodologie en sept étapes qui est proposée¹¹, qui s'apparente fortement à une démarche qualité.

b) L'arrêté de 1997 spécifique à la restauration collective à caractère social

La plupart des obligations en matière de sécurité en restauration collective à caractère social se trouvent alors réunies dans l'arrêté ministériel du 29 septembre 1997 qui précise les seuils de températures, les autocontrôles, les conditions de stockage, l'hygiène des locaux et du personnel, la formation continue du personnel et la conservation de repas témoin, etc. Il préconise de se baser sur les Guides des Bonnes Pratiques d'Hygiène (GBPH)¹² et sur les principes de la méthode HACCP pour garantir l'hygiène alimentaire.

Puis la crise de la vache folle bouleverse l'approche des questions de sécurité des aliments. A partir de ce moment les pouvoirs publics la considèrent comme un enjeu de santé publique. Ils la prennent en compte dans le cadre d'une politique globale de sécurité alimentaire : elle concilie désormais l'objectif essentiel de protection du consommateur, impératif de santé publique, avec les enjeux économiques et culturels associés aux produits alimentaires.

En 2000, la Commission européenne définit des priorités pour la politique de sécurité alimentaire. Elle veut notamment mettre en oeuvre une approche cohérente "de la ferme à la table" dans la législation, et établit le principe selon lequel la responsabilité première de la sécurité incombe aux exploitants du secteur. Les Etats membres assurent la surveillance et le contrôle de ces exploitants. Cette politique se base sur le principe de précaution, qui est alors largement renforcé. Chaque acteur de la chaîne alimentaire a maintenant un rôle à jouer dans l'hygiène des denrées. Cela vaut pour chacun, du producteur au consommateur, en passant par le transporteur. La prévention est à la base de tout comportement en matière d'hygiène et de sécurité des aliments pour éviter les intoxications.

Ces priorités conduisent alors à la création du « Paquet Hygiène ».

¹¹ Voir Annexe II : L'HACCP : Fiche explicative.

¹² Les GBPH sont élaborés par des professionnels de chaque filière (traiteur, restaurateur, boucherie...). Le GBPH de la restauration collective à caractère social est en attente de validation par les pouvoirs publics.

B) Le Paquet Hygiène, comme garant de la sécurité alimentaire communautaire

a) *La réglementation applicable aux EHPAD*

Depuis le 1er janvier 2006, l'Europe a remplacé une vingtaine de directives par quelques règlements. Désormais, les obligations réglementaires des EHPAD et de tous les acteurs de la chaîne alimentaire, sont incluses dans les quatre règlements CE suivants :

- Le règlement 178/2002 relatif aux obligations en matière de traçabilité ;
- Le règlement 852/2004 relatif aux règles générales d'hygiène ;
- Le règlement 853/2004 relatif aux règles spécifiques d'hygiène ;
- Le règlement 2073/2005 relatif aux critères microbiologiques harmonisés.

Des arrêtés ministériels viennent compléter ces règlements et proposer des moyens, si ce n'est obligatoire, du moins fortement recommandés, sauf si l'exploitant peut apporter la preuve qu'une autre méthode apporte la même efficacité. L'arrêté du 8 juin 2006¹³ et la note de service du 11 janvier 2007¹⁴ sont aujourd'hui les principaux textes d'application. L'arrêté du 29 septembre 1997 est abrogé en partie car toutes les dispositions inscrites dans ce texte et non reprises par les règlements CE (obligation des repas témoins par exemple) sont conservées.

b) *Le paquet hygiène : évolution ou révolution dans les EHPAD ?*

Le Paquet Hygiène n'est pas une révolution, bien que pouvant être perçu comme telle par les professionnels n'étant pas du tout engagée dans une démarche de qualité globale de la fonction restauration. Cependant avec la réforme de la tarification et du financement des EHPAD, et la loi du 02 janvier 2002¹⁵, peu nombreux étaient les établissements ne s'étant pas engagés dans une démarche qualité (où les aspects sécuritaires ont toute leur place), y compris lors des repas.

En fait, le Paquet Hygiène réaffirme et renforce de nombreux principes déjà présents dans les directives et arrêtés adoptés au cours des années 90 à 2000. Il consacre aussi de nombreuses pratiques professionnelles appliquées antérieurement.

La responsabilité première des exploitants en matière de sécurité des denrées alimentaires est renforcée. Ceux-ci se doivent donc de signaler aux autorités sanitaires tout incident ou accident en matière de sécurité alimentaire. Cela vaut aussi bien pour les

¹³ Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, 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.

¹⁴ Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Note de Service DGAL/SDSSA/N2007-8013, précisant les conditions d'application de l'arrêté du 08 juin 2006.

¹⁵ République Française, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel n°2 du 3 janvier 2002.

situations aboutissant à la détection en amont d'une non-conformité impliquant un retrait ou un rappel de produit (présence de germes pathogènes dans une matière première par exemple) que pour les incidents avérés, telles que les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) qui doivent être immédiatement déclarés auprès des autorités compétentes.

Ces nouveaux textes fixent ensuite des objectifs généraux à atteindre (niveau élevé de la protection de la santé, denrées non préjudiciables à la santé, etc.) et privilégient les obligations de résultats, par opposition aux obligations de moyens. C'est au professionnel de définir les moyens qu'il va mettre en oeuvre et d'apporter la preuve que le système qu'il a choisi, pour maîtriser la sécurité sanitaire de ses productions vis à vis des dangers biologiques, physiques et chimiques (au travers de son PMS), permet d'atteindre les objectifs réglementaires. Le contrôle des services officiels aura pour objectif de vérifier que les obligations de résultats sont atteintes.

c) Des obligations différentes selon l'activité de la cuisine : l'agrément sanitaire communautaire

Si l'élaboration et l'application d'un PMS s'imposent à tous les EHPAD, quelles que soient leur taille ou leur activité, l'agrément sanitaire communautaire peut être une obligation supplémentaire pour certains EHPAD. C'est le cas notamment lorsqu'une partie des repas préparés est livrée à un autre établissement. On parle alors de « cuisine centrale » : dans ce cas, la réglementation diffère en fonction de la quantité et de la proportion de repas livrés, ainsi que de la distance des livraisons.

Des dispenses d'agrément peuvent exister, conditionnée par des seuils à ne dépasser. Pour obtenir un agrément, l'établissement doit adresser une demande à la DSV, accompagnée d'un dossier comportant un descriptif du site et de ses activités ainsi que son PMS. En cas de non-délivrance de l'agrément, l'établissement perd le droit de livrer des préparations culinaires dans des proportions dépassant le seuil de la dispense d'agrément.

En ce qui concerne la cuisine de la maison de retraite de La Bouëxière, elle fabrique ses repas qui sont intégralement consommés sur place. Il n'y a donc pas d'activité de transport pour du portage à domicile ou de livraison à un autre établissement, qui pourrait nécessiter l'obtention d'un agrément.

- C) Le PMS¹⁶ : l'outil principal du Paquet Hygiène, obligatoire et propre à chaque établissement

Le PMS est un ensemble de documents permettant à tout établissement manipulant des denrées alimentaires de respecter la réglementation.

Il doit décrire les mesures prises par la maison de retraite pour garantir la qualité et la sécurité sanitaire de ses produits alimentaires vis-à-vis des dangers microbiologiques, physiques et chimiques. L'objectif principal du PMS est de prévenir la crise ou le cas échéant, d'être capable de la gérer.

Trois composantes doivent être présentes dans le PMS de chaque établissement :

- **Les BPH** qui sont les activités préventives à la production des aliments dans des conditions hygiéniques acceptables. Elles sont aussi appelées « pré-requis » car elles constituent le préalable de tout le système de sécurité défini par l'établissement. Cela comprend notamment les procédures relatives à la réception des denrées, au personnel, aux mesures d'hygiène, à la lutte contre les nuisibles, à la maintenance des locaux et du matériel, à l'utilisation de l'eau en contact avec les aliments, et à la gestion des événements indésirables. On peut s'appuyer sur les GBPH pour les définir,
- **Le plan HACCP** de l'établissement et les procédures correspondantes,
- **La traçabilité et la gestion des produits non conformes** : La traçabilité doit permettre de restituer l'ensemble de la "vie" du produit, de la réception à la distribution. La procédure de traçabilité choisie par l'établissement doit permettre de déterminer l'origine et les responsabilités en cas de TIAC, et doit être efficace pour les retraits en cas d'alerte sanitaire (retrait ou rappel d'une denrée dangereuse). Elle retrace « le parcours » de chaque produit en cas de crise : de quel fournisseur vient-il, était-il à bonne température à réception, avons nous eu des problèmes de maintenance de chambre froide au même moment, combien en a-t-on encore en stock, dans quelle préparation l'a t-on incorporé,... ?. Un système efficace et adapté de traçabilité des produits tout au long de la chaîne alimentaire permet de retrouver les origines des produits et l'identification du

¹⁶ Plan de Maîtrise Sanitaire : il regroupe des obligations figurant dans les règlements CE n°178/2002 et 852/2004 : Obligation de mise en place de système de traçabilité et de retrait rappel (art. 18 et 19 du règlement CE n°178/2002) ; Obligation de mise place de BPH générales et spécifiques (art. 4 du règlement CE n° 852/2004, renvoyant à l'annexe II de ce même règlement) ; Obligation de mise en place de procédures basées sur les principes de l'HACCP (art. 5 du règlement CE n°852/2004). Il est défini dans l'arrêté du 08/08/2006 relatif à l'agrément ou à l'autorisation des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale (JORF du 08/08/2006).

producteur. Elle permet donc aussi de dégager la responsabilité de l'établissement.

Dans la restauration collective, le but à atteindre est la salubrité des repas servis. Tout dérapage ou toute mauvaise opération peut entraîner des intoxications qui peuvent être mortelles. Tout danger qui menace la santé est grave. Le principe de précaution est justifié car les risques sont réels. Cependant la volonté de garantir une sécurité alimentaire impose aussi de se questionner sur les autres fonctions que représente le moment du repas en EHPAD, pour ne pas privilégier la sécurité au détriment des autres fonctions du repas, mais pour les concilier.

1.2 Concilier la réalité des risques alimentaires en EHPAD avec la démarche qualité au sein de la fonction restauration

Les personnes âgées accueillies en EHPAD représentent une population considérée « à risque » en termes d'insécurité alimentaire. Parce que la population présente des risques réels de TIAC, favorisés par des caractéristiques spécifiques aux EHPAD, la sécurité alimentaire doit être une préoccupation majeure dans nos institutions.

En outre cette préoccupation est indissociable des fonctions que représente le moment du repas en EHPAD. L'alimentation fait aussi partie du projet de vie du résident. Ces objectifs doivent donc être conciliés pour offrir un service global de qualité aux résidents.

1.2.1 Les TIAC : des risques d'insécurité alimentaire présents en EHPAD

Extrait d'un communiqué du Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, 18 octobre 2007¹⁷ :

« Intoxication alimentaire dans un EHPAD : Valérie Létard demande l'ouverture d'une inspection. Dans la soirée du 10 octobre, 20 résidents sur 114 ont présenté un épisode de diarrhée et vomissements, dans l'EHPAD [...]. Parmi les résidents hospitalisés, deux personnes sont décédées. [...] La DDASS et la DSV ont rapidement exploré l'hypothèse d'une TIAC. Aujourd'hui, cette hypothèse est confirmée par les résultats des analyses prescrites à cet effet (présence d'entérotoxine staphylococcique). Des analyses complémentaires sont encore en

¹⁷ Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, disponible sur Internet [visité le 06/07/09] : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/communiqués/intoxication-alimentaire-ehpad-valerie-letard-demande-ouverture-inspection.html>

cours. Devant la gravité de ces faits, qui touchent des personnes âgées donc particulièrement vulnérables et pour répondre aux inquiétudes légitimes des résidents et des familles, Valérie LÉTARD demande au préfet de diligenter une inspection dans cet établissement dans les plus brefs délais. »

A) Les Toxi-Infections Alimentaires Collectives en EHPAD

Une toxi-infection alimentaire est une affection soit de nature infectieuse, provenant de bactéries ou virus, soit de nature toxique, via la toxine développée par la bactérie.

C'est en ingérant des aliments de toutes sortes (œufs, légumes crus, eau, viande, etc.) que des agents infectieux parviennent à pénétrer dans l'organisme.

Les sources de contamination d'une denrée peuvent être de trois natures :

- microbiologiques : présence de micro-organismes pathogènes, provenant notamment d'une contamination par le personnel, le matériel, le milieu ou la méthode de travail.
- chimiques : présence de résidus de produits chimiques tels que les pesticides ou les produits de nettoyage.
- physiques : présence de corps étrangers tels que des corps métalliques, des cheveux, des insectes ou du verre. En fonction de leur nature, ces corps étrangers peuvent avoir des incidences différentes allant du simple désagrément jusqu'à d'éventuelles lésions.

La toxi-infection alimentaire se caractérise alors le plus souvent, par des infections bénignes (diarrhées, vomissements..) qui se révèlent très dangereuses chez les personnes âgées, à cause de l'état de déshydratation qu'elles suscitent et de leur état de santé déjà fragilisé.

Une TIAC est l'apparition au même moment de troubles digestifs ou neurologiques similaires chez au moins deux personnes ayant consommé les mêmes aliments¹⁸.

La contamination des aliments peut provenir soit d'une contamination initiale des matières premières ou peut survenir ultérieurement par la manipulation par l'homme, l'environnement ou la contamination croisée avec des aliments contaminés, tels que les déchets. L'eau d'alimentation peut être aussi à l'origine de TIAC.

En 2007, 77 foyers de TIAC en institution médico-sociale ont été déclarés. Cela représente 1244 personnes touchées. C'est le quatrième lieu de contamination après la restauration familiale, commerciale et scolaire.

¹⁸ Pr. MOLINA J-M., Diaporama TIAC, p. 1, disponible sur Internet [visité le 07/07/2009] : www.infectiologie.com.

Ces statistiques ne sont que les cas déclarés à l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), on peut soupçonner qu'il y en a eu d'autres, mais les chiffres sont déjà assez élevés pour percevoir les risques qui existent en EHPAD. Les données de l'INVS ne permettent pas de savoir le nombre de cas mortels qui se sont produits. Les dernières données chiffrées sur ce thème remontent à 1998, et précisent que sur les neuf cas mortels de TIAC déclarés cette année là, huit concernaient des personnes âgées¹⁹.

Lorsqu'une TIAC est déclarée, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et la Direction des Services Vétérinaires (DSV) procèdent aux analyses des repas-témoins de l'établissement. Ce sont des échantillons de chaque aliment servi aux résidents, que tout établissement a l'obligation de prélever et de conserver pendant cinq jours²⁰.

Leurs analyses montrent que les causes majeures des intoxications alimentaires en EHPAD sont²¹ :

- De mauvaises pratiques d'hygiène : hygiène des mains ; tenue de travail ; absence ou insuffisance des nettoyages des surfaces et des équipements en contact avec l'aliment ; températures des chambres froides trop élevées ; dépassement des dates limites de consommation ; non-respect des règles de conservation.
- Des non-respects des couples « temps-températures » : rupture de la chaîne du froid ou du chaud ; des temps et des températures de conservation, de stockage ou de chauffage insuffisants.

En effet les études de développement bactériologique ont prouvé que pour qu'un germe se développe ou au contraire soit détruit, il fallait un couple temps-température (comme avec la stérilisation : 120°C à cœur pendant 4 minutes). Ainsi certaines souches de *Listeria* ont leur population qui double tous les six jours à une température de conservation de 0 °C, tous les trois jours à 1.7 °C, chaque jour à 5 °C et toutes les six heures à 10 °C. Le danger est que la *Listeria* est admise par les autorités si elle ne dépasse pas 100/gramme dans un aliment. Elle devient alors très dangereuse, voire

¹⁹ Ibid., Pr MOLINA, p. 1.

²⁰ Arrêté ministériel du 29 septembre 1997 : " Dispositions spécifiques relatives aux toxi-infections alimentaires collectives " - Article 32 : *Les responsables des établissements mentionnés à l'article 1er, conservent des 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 possibles. 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.* Article 33 : (...) *Afin de faciliter l'enquête des services officiels, le responsable de l'établissement tient à leur disposition les renseignements nécessaires à l'enquête épidémiologique, notamment les menus comprenant les denrées effectivement servies ainsi que les plats témoins des repas ayant précédé la survenue des symptômes.*

²¹ Données relatives aux TIAC déclarées en France en 2006/2007, Rapport de l'INVS, disponible sur Internet [visité le 07/07/2009] : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/tiac/default.htm>.

mortelle, quand elle atteint 10000/gramme : soit 42 jours à 0°C, mais seulement 42 h à 10°C, dans de mauvaises conditions de conservation.

De même il est prouvé que le développement des germes est largement favorisé aux températures dites « tièdes » (entre 6°C et 60°C), que le froid endort juste les germes, et que seule la chaleur (supérieure à 63°C) les détruit progressivement.

B) Le caractère spécifique des EHPAD favorisant le risque de TIAC

Les risques de TIAC sont particulièrement présents en EHPAD pour plusieurs raisons. Tout d'abord l'environnement favorise le développement bactérien. La vie en collectivité caractérisée par la multiplicité des contacts (entre résidents et personnels) ainsi que des intervenants (professionnels de santé libéraux, animateurs, familles et visiteurs, etc.) engendre une augmentation des risques et une propagation plus grande des infections. La source commune touche plusieurs personnes. C'est pourquoi le Directeur doit être très attentif et savoir agir et réagir s'il y a suspicion de TIAC : par exemple, la propagation pourrait être largement étendue si l'aliment est de nouveau servi, et les conséquences très graves.

La population accueillie en EHPAD est particulièrement fragile. Les personnes âgées sont plus sensibles aux infections, leurs défenses immunitaires sont diminuées, des pathologies chroniques associées peuvent exister (maladies digestives par exemple).

Pour les TIAC les plus virulentes, les cas de complications, caractérisées par une hospitalisation, ne sont pas rares chez les personnes âgées. Dans les cas extrêmes, pour une TIAC virulente chez un résident très fragilisé, il peut en résulter une perte d'autonomie, voire un décès.

Enfin, le fonctionnement et l'organisation des EHPAD peuvent aussi contribuer au développement des TIAC et à l'insécurité alimentaire. Le personnel, s'il est en nombre insuffisant et peu sensibilisé à la question de la sécurité alimentaire, ne prend pas le temps de respecter les règles d'hygiène et des risques supplémentaires existent.

Cela peut aussi être favorisé par l'hétérogénéité des professionnels (salariés, libéraux, bénévoles, intervenants extérieurs comme le coiffeur, etc.). La sensibilisation de tous les intervenants et la formation de son personnel est ici un élément très important.

Les EHPAD, généralement de taille modeste, ne disposent pas ou peu de personnels ou d'instances spécifiques (Comité de liaison alimentation et nutrition, comme en établissement de santé, diététicien ou qualicien encore rare). De manière générale les moyens accordés au service restauration sont assez limités, bien que cette activité soit désormais pleinement intégrée à la prise en charge globale du résident.

Il convient d'accorder que les moyens consacrés restent en partie liés à l'implication et à la volonté de la direction d'assurer aux résidents la sécurité des denrées qui sont servies lors des repas.

Cependant les moyens dont disposent les EHPAD ne sont pas toujours favorables à l'application intégrale de cette démarche lourde. Restructurer une cuisine qui n'est pas aux normes ou recruter des personnels spécialisés n'est pas aisé en ces temps de convergences tarifaires.

Alors que le thème de la sécurité alimentaire est abordé, il vient incontestablement se confronter à celui de la qualité des repas, qui a beaucoup évolué ces dernières décennies, et qui fait aujourd'hui partie du projet de vie des résidents.

1.2.2 Concilier la démarche de qualité avec les impératifs de sécurité

L'histoire et l'actualité ne cessent de nous montrer l'importance de la sécurité alimentaire. Mais le service restauration d'un EHPAD a aussi d'autres fonctions à assurer et maintenir, au-delà de celle de la sécurité sanitaire des denrées.

Le respect de l'équilibre alimentaire en lien avec les apports nutritifs de chaque résident doit rester une préoccupation tout aussi primordiale que la sécurité. Le respect des régimes alimentaires des résidents est aujourd'hui un élément priorisé par le personnel et les Directeurs d'EHPAD.

En outre, les résidents entrant en institution peuvent vivre une rupture difficile avec leur mode de vie antérieure : changement de lieu, d'habitudes, etc. Le repas représente un moment de repère, important et rythmant la journée des personnes âgées. Le repas a une valeur considérable, qui est aussi un moment synonyme de plaisir pour les résidents. Ce moment doit être perpétué.

Favoriser les plaisirs de la table constituent une préoccupation permanente des professionnels. Maintenir une alimentation de bonne qualité gustative, avec des choix de denrées et de goût tenant compte des habitudes et des préférences alimentaires des résidents, travailler les textures adaptées, axer sur la présentation sont aujourd'hui les tâches des cuisiniers et agents hôteliers.

Il importe également d'encourager la socialisation à travers le partage : convivialité, plats locaux ou internationaux lors de repas à thème, de fêtes, gâteaux d'anniversaire, produits du terroir.

L'alimentation doit respecter les choix de vie et les habitudes alimentaires de chacun, en veillant cependant à ce que les apports soient suffisants.

Aujourd'hui, elle doit aussi tenir compte des impératifs de sécurité sanitaire.

Or les exigences en matière d'hygiène vont parfois à l'encontre des objectifs des projets de vie des établissements. Ces derniers souhaitent par exemple maintenir la participation des résidents aux activités de la restauration, afin de stimuler leur intérêt et de favoriser le maintien de leurs capacités, contrairement aux règles d'hygiène qui préconisent de tenir « éloignés » les résidents des préparations alimentaires servies en EHPAD.

Si certains plats ou modes de préparation sont trop complexes ou trop risqués en termes d'innocuité (comme les steaks hachés ou les rôtis), alors même qu'ils sont particulièrement appréciés des résidents, il faut pourtant envisager de les supprimer ou de les limiter fortement.

Et quid des ateliers cuisine, où les résidents manipulent eux-mêmes les denrées, sans port de tenue spécifique, avec de forts risques d'intégration de germes dans les aliments (toux, éternuement..).

Il semble utile de trouver le meilleur compromis entre sécurité sanitaire et qualité des repas dans les institutions, car la qualité globale des repas inclut la sécurité des denrées.

En effet lorsque la loi peine à trouver un équilibre entre ces deux notions, la sécurité l'emporte sur la liberté, tel est le cas pour les denrées alimentaires servies en EHPAD. C'est donc aux directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, dans le respect de la loi, d'assumer une certaine prise de risques pour maintenir la qualité. Ils assurent souvent un rôle modérateur qui participe au bien-être du résident.

Le respect de la qualité dans son approche globale (qualité nutritionnelle, hygiénique, organoleptique) est une volonté de la maison de retraite de La Bouëxière.

1.3 Prendre en considération le contexte existant au sein de la maison de retraite de La Bouëxière

Durant mon stage de huit mois j'ai été chargée de mettre en place le PMS. Ceci nécessite une présentation du contexte existant à ce moment au sein de la maison de retraite.

La Direction de la maison de retraite de La Bouëxière a toujours affiché sa détermination à garantir aux résidents accueillis la sécurité, dans toutes les activités, de la lingerie à la cuisine, en passant par les soins. Pour appliquer cette nouvelle réglementation en cuisine, l'équipe est sollicitée et reconnaît aussi la nécessité d'assurer la sécurité alimentaire.

Le préalable à l'application d'un PMS adapté à la situation de l'établissement, impose avant tout de s'intéresser au contexte particulier existant au sein de la maison de retraite.

1.3.1 Un objectif de sécurité affiché

A) Au sein de la fonction soins

La maison de retraite de La Bouëxière a la volonté de s'engager dans une démarche de sécurité globale de la prise en charge des résidents qu'elle accueille.

Dans l'activité soins, cette démarche est largement introduite et continue aujourd'hui à évoluer et à s'adapter. Des procédures uniformisant les pratiques ont été mises en place, des groupes de travail ont engagé des réflexions diverses, et la formation du personnel est aussi un levier d'action non négligeable dans la recherche de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. En matière de règles d'hygiène, de protocoles de soins, de conduites à tenir (chutes, mycoses, etc.), l'établissement souhaite assurer aux résidents une sécurité optimale.

B) Au sein de la fonction lingerie

En matière de garantie de l'hygiène et de la qualité au sein de la fonction linge, la maison de retraite a tenu à s'engager dans une démarche complexe avec pour objectif la lutte contre les infections nosocomiales et la sécurité des résidents au travers du linge.

Il y deux ans, la méthode RABC²² a été mise en place, avec l'aide d'une stagiaire D3S, en collaboration avec le personnel de lingerie et de soins. Cette méthode inspirée de l'HACCP, est une démarche d'analyse des risques et de maîtrise de la biocontamination, permettant d'assurer continuellement la qualité microbiologique des articles textiles traités en blanchisserie.

C) Au sein de la fonction restauration

En lien avec la qualité assurée au sein de la fonction restauration, la même volonté est présente dans ce service : la démarche HACCP était en effet en place au sein de la maison de retraite depuis 2000. Une formation HACCP avait été suivie par chaque membre de l'équipe cuisine. Cependant elle n'avait pas eu le mérite d'évoluer depuis, malgré quelques changements dans l'équipe cuisine et dans le mode de fonctionnement. En 2005, une réflexion avec un organisme extérieur sur la qualité du service et de la distribution des repas avait sensibilisé et interpellé le personnel. Plus axée sur l'aspect purement qualitatif de la prestation restauration et du service à table ou en chambre, cette intervention n'a que très peu modifié l'aspect sécurité des denrées, mais a amélioré la qualité au moment du repas.

En 2007, l'équipe cuisine a fait le point sur l'application de la méthode HACCP dans l'établissement avec un intervenant spécialisé. Des mesures correctives ont été

²² Risk Analysis Biocontamination Control

proposées pour pallier les mauvaises pratiques et le défaut d'application de la réglementation. A cette occasion, l'intervenant a présenté globalement à l'équipe les nouvelles exigences réglementaires découlant du Paquet Hygiène.

Ainsi à mon arrivée le personnel de cuisine relevait sur des fiches, les points de contrôle effectués lors des réceptions, ainsi que les températures des denrées aux différents stades de préparation lorsqu'il y avait certains risques (refroidissement des crèmes desserts et des préparations à base d'œufs). Cependant il manquait des surveillances de risques importants et il n'existait pas de seuil de températures maximales, ni de mesures correctives définies pour les surveillances existantes. En outre un certain nombre de procédures HACCP et de BPH existaient déjà, bien qu'incomplètes et non-actualisées.

La volonté de mise en place du PMS en 2008, est née dans un contexte particulier, propre à l'établissement et au service cuisine de la maison de retraite, qui n'a pas facilité l'engagement des équipes dans la démarche PMS.

1.3.2 Un contexte d'élaboration spécifique

- A) Des défauts de connaissances et de compréhension face à la technicité du Paquet Hygiène

Tout en comprenant la nécessité d'assurer une sécurité aux résidents, le personnel demeure parfois perplexe face à la technicité de la norme et au contenu de la sécurité alimentaire.

La formation professionnelle initiale des cuisiniers (BEP, CAP cuisine) ne s'attarde pas sur la réglementation et les BPH. Elle privilégie la pratique et la qualité de la cuisine servie. Nous avons vu combien cette fonction est importante pour les résidents. Mais aujourd'hui les tâches et les responsabilités du cuisinier évoluent : l'hygiène et la sécurité sanitaire des aliments au sens large font parties des tâches du cuisinier en EHPAD.

J'ai constaté que le cuisinier, mis à part s'il a été formé tout au long de sa carrière et s'il a une prédilection particulière pour ce domaine, ne connaît que très superficiellement les règles et les obligations en matière de sécurité des produits et des pratiques d'hygiène.

Les entretiens²³ que j'ai effectué avec les cuisiniers avant la mise en place du PMS, visant à évaluer leurs connaissances et leurs implications dans ce domaine, m'ont surpris et ont confirmé ce qui est présenté ci dessus.

²³ Voir annexe IV et V: grille d'entretien et analyse des entretiens.

Bien que tous reconnaissent la nécessité de garantir une sécurité des aliments face aux risques existants et aux obligations réglementaires, aucun n'en mesure le contenu, ni l'impact sur les pratiques de travail. De plus un intervenant extérieur, venu quelques mois auparavant présenter le Paquet Hygiène à l'équipe, les a effrayés quant à son contenu et sa difficulté d'application, en exposant de vastes changements à opérer.

D'autre part, j'ai remarqué une connaissance limitée des règles d'hygiène, pourtant préexistantes au Paquet Hygiène. J'ai constaté en découvrant moi-même la réglementation et les BPH en restauration collective, que ces dispositions sont véritablement complexes et très techniques. Les termes employés sont des termes techniques, les méthodes pour parvenir et surveiller la sécurité des aliments dans nos établissements relèvent des méthodologies utilisées par les qualitateurs : HACCP, criticité, probabilité ou analyse de danger. Cela ne favorise pas la compréhension et ne suscite pas l'intérêt du personnel de cuisine pour cette démarche.

B) L'instabilité de la composition de l'équipe cuisine

Au début des groupes de réflexion sur le PMS, en décembre 2008, les cuisiniers sont au nombre de 3.5 ETP.

L'équipe se compose d'un responsable cuisine, travaillant à la maison de retraite depuis une dizaine d'années. Il a pour tâches principales, la cuisine, la gestion de l'enveloppe alimentation, les commandes, l'animation des commissions repas, l'élaboration des menus, les relations avec les fournisseurs et la gestion des autres membres de l'équipe.

Deux autres cuisiniers, dont les recrutements datent d'une année environ, composent cette équipe. L'un d'eux se blessera fin décembre, son arrêt de travail sera renouvelé tous les mois et demi environ, aux veilles de ses dates de reprise, et il ne sera toujours pas revenu à la fin de mon stage en juin. Son retour s'est effectué en juillet 2009, juste après les réflexions, les travaux et l'élaboration du PMS.

Enfin un agent à 50%, a pris sa retraite anticipée en mars 2008.

Les remplacements des deux agents n'ont pas été aisés. L'agent en arrêt de travail à temps plein a été remplacé durablement sur ces huit mois, quant au deuxième poste, à mi-temps, il ne sera remplacé que ponctuellement, au gré des candidatures, par courtes périodes (d'une journée à un mois) et chaque fois par des agents différents.

On comprend facilement que l'état d'esprit du personnel de cuisine qui s'engage dans cette démarche n'est donc pas intégralement axé sur le PMS. Les problèmes d'organisation, de remplacement et de renouvellement des arrêts de travail au dernier moment, durant ces huit mois n'ont donc pas favorisé l'attention portée, ni le temps consacré à cette démarche.

C) Une démarche parallèle de réorganisation de travail

Actuellement l'organisation de l'équipe cuisine est comme suit : deux cuisiniers sont présents le matin pour préparer le repas du midi, un de 7 h à 14 h 45, et le second de 8 h à 12 h 45. Puis le second revient pour préparer le repas du soir, de 16 h 30 à 19 h 30. La cuisine assure la préparation des repas pour les 85 résidents.

Les cuisiniers n'effectuent pas le service des repas, qui est assuré par les agents de service hôtelier, hospitalier (ASH) et les aides-soignants (AS).

En termes de bâti, la cuisine, la zone de réception et la réserve sont situées au rez-de-chaussée. L'établissement qui se situe sur trois niveaux dispose de trois salles de restaurant. Une salle de restaurant jouxte la cuisine, la liaison est effectuée en direct de la cuisine à la salle de restaurant, avec un service à l'assiette le midi et au plat le soir. Pour les deux autres salles de restaurant, qui se situent en étages, les cuisiniers préparent les assiettes et les plats dans des chariots chauffants que les AS et ASH de chaque service viennent chercher en cuisine juste avant le service.

Or la maison de retraite de La Bouëxière a renouvelé sa convention tripartite en octobre 2007. A cette occasion des postes supplémentaires en soins et en animation ont été accordés, et un demi poste de cuisinier a été prévu pour 2011. Dès 2008, l'établissement s'est donc engagé dans une démarche et une réflexion lourde de réorganisation, du temps et des tâches de travail.

Bien que les ETP ne soient pas modifiés immédiatement au sein de l'équipe cuisine, les postes supplémentaires en soins impactent forcément sur l'organisation de l'équipe cuisine. Les AS et ASH ont souhaité modifier les horaires de travail, les heures et les durées des repas, les horaires de service du petit-déjeuner... Indirectement l'organisation de l'équipe cuisine s'est trouvée modifiée.

Or cette réorganisation du travail, qui n'était toujours pas arrêtée à la fin de mon stage, et qui dure depuis un an, a été modifiée à trois reprises. Ces modifications prennent de temps et de la réflexion à l'équipe cuisine, ne facilitant pas leur disponibilité pour mettre en place le PMS.

Dans ce contexte, ma mission principale durant ce stage de huit mois est l'élaboration et la mise en place du PMS de l'établissement avec l'équipe cuisine. Cela a nécessité un lourd travail préalable d'acquisition de connaissances relatives à la sécurité alimentaire.

Nous l'avons vu, elle est indispensable et reconnue dans nos établissements. C'est un aspect aussi attendu par les résidents et les familles. Et aujourd'hui les EHPAD n'ont pas le choix : la sécurité alimentaire doit être assurée aux résidents.

La réglementation en vigueur au travers du Paquet Hygiène, est applicable à tous les exploitants du secteur alimentaire, du producteur au consommateur : tous les maillons de la chaîne alimentaire sont concernés. Ces dispositions complexes et lourdes imposent une obligation de résultat stricte, la sécurité alimentaire du consommateur. Elle laisse par contre le libre choix des moyens en restant particulièrement vague sur la manière d'y parvenir.

La mise en place d'un PMS propre à l'EHPAD se trouve alors confrontée aux réalités existantes sur le terrain. Tous les établissements ne fonctionnent pas de la même manière, n'ont pas les mêmes moyens et n'ont pas fait les mêmes choix institutionnels quant à la fonction restauration.

La garantie de la sécurité alimentaire telle qu'elle nous est imposée amène alors à se confronter aux contraintes et aux réalités de l'établissement, qu'il convient de tenter de concilier, pour assurer une qualité globale de la prestation restauration.

2 L'ÉLABORATION DE L'OUTIL DE GARANTIE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE : LE PLAN DE MAÎTRISE SANITAIRE

La mise en place de la sécurité alimentaire se caractérise par l'élaboration, puis la mise en œuvre, d'un PMS. Ceci suppose de respecter certains préalables pour pouvoir impulser une véritable démarche de projet, propre à la situation de l'établissement, de manière à faciliter l'implication et l'adhésion du personnel.

Mais ces préalables, nous le verrons ensuite, ne pallient pas le phénomène de « réticence au changement » ressenti par les agents lors de modifications de leurs pratiques de travail. En effet le PMS implique une remise en question et une réflexion, amenant à revoir l'ensemble des pratiques de travail et des tâches des cuisiniers durant toute l'élaboration.

Enfin l'élaboration du PMS, en conformité avec les textes, trouve des limites, lorsque les dispositions ne peuvent en pratique pas ou très difficilement être appliquées. La réalité du fonctionnement et de l'existant de l'établissement ne cesse donc d'être ressentie durant toute la phase d'élaboration d'un PMS.

2.1 Les préalables à l'élaboration de l'outil PMS

Avant même de débiter la réflexion en groupe de travail sur la sécurité des aliments et d'engager l'élaboration du PMS, il est nécessaire de mettre en place une méthodologie pour conduire ce projet : qui participe, qui impulse et coordonne, quels délais, quelles réflexions, sur quoi... ?.

D'autre part un travail préalable est essentiel pour chaque agent impliqué dans cette démarche. Il faut connaître et comprendre ce qu'est la sécurité sanitaire, sa nécessité, son enjeu. Comment un agent peut-il adhérer à un projet s'il n'en maîtrise pas les dimensions ?

Le Directeur a un rôle prépondérant dans ces préalables, qui conditionnent une réflexion efficace pour l'élaboration du PMS.

2.1.1 Connaître et maîtriser la notion de sécurité alimentaire²⁴

Sur le thème particulièrement vaste de la sécurité des aliments, il est très difficile de maîtriser tous les concepts. Pour la mise en place du PMS quelques données sont importantes et doivent être connues tant par les agents que par la Direction. Il s'agit tout d'abord des conditions de développement microbologique, des risques pour les résidents et surtout des moyens pour les éviter. La réglementation en vigueur et les obligations auxquelles les professionnels sont soumis sont aussi des aspects essentiels que tous les acteurs doivent connaître pour les appliquer au mieux.

A) Le développement bactériologique favorisant les infections alimentaires²⁵

Il importe de savoir comment se développent les bactéries dans les aliments pour maîtriser les risques, afin d'élaborer un PMS réaliste et logique et de garantir une sécurité des aliments. Le but n'est pas de former des spécialistes de microbiologie, mais de faire en sorte que chacun comprenne les conséquences désastreuses que peuvent avoir de mauvaises pratiques professionnelles. La formation, en interne si l'EHPAD dispose de ressources suffisantes ou à défaut en externe, est le meilleur moyen d'arriver à ce préalable. Elle doit être simple et succincte, de manière à ce que les agents comprennent le fonctionnement global du développement bactérien.

En effet pour les cuisiniers il est fondamental de savoir que les bactéries ont besoin de certaines conditions pour « grandir » dans la nourriture : la chaleur, l'humidité, les éléments nutritifs et un pH spécial. Ainsi les acteurs doivent être conscients que les températures et l'hygiène sont les facteurs favorisant le développement des bactéries.

- L'hygiène : Les micro-organismes dangereux sont véhiculés par les mains, les torchons, le matériel, les locaux, les conditions de stockage (denrées nues à côté de denrées encartonnées ou de déchets). Le plus léger contact suffit pour qu'ils passent dans les aliments et provoquent des maladies d'origine alimentaire. Les produits bruts, de même que l'eau et la glace, peuvent aussi contenir des microorganismes dangereux et des produits chimiques.

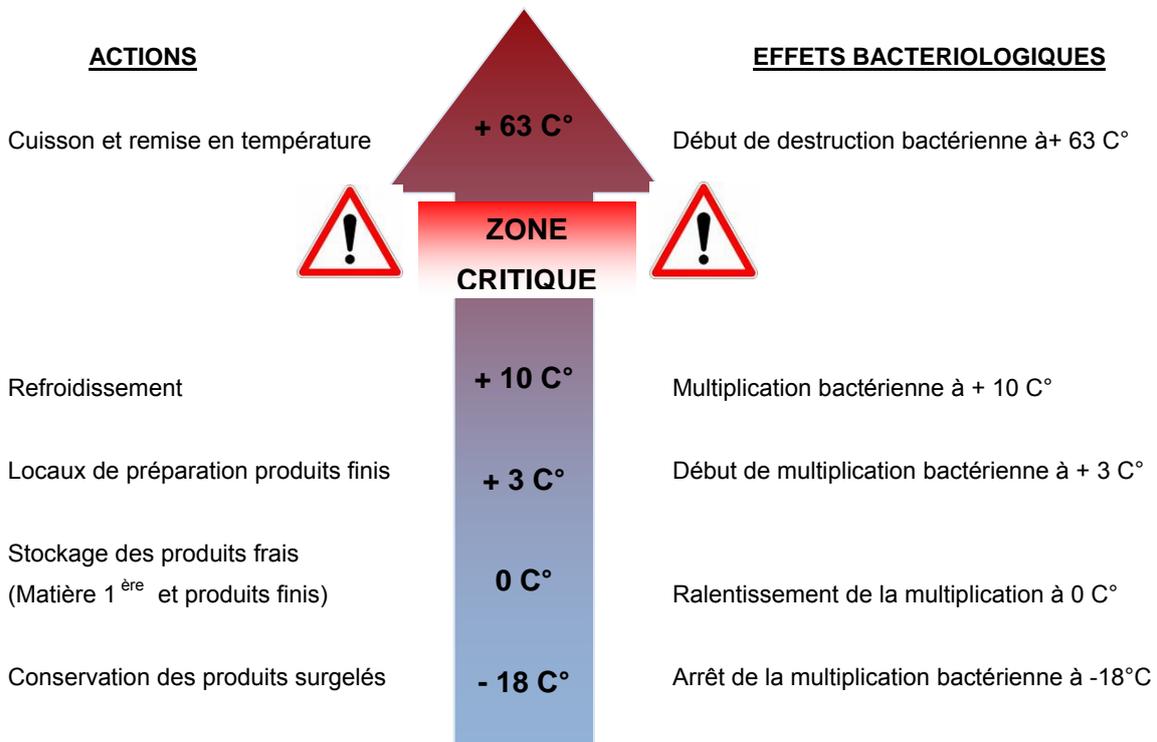
²⁴ MOLL M., MOLL N., 2008, *Précis des risques alimentaires*, 2^e édition, Paris : Tec & Doc.

²⁵ JOUVE J-L., 1996, *La qualité microbiologique des aliments, Maîtrise et critères*, 2^e édition, Paris : Centre National d'Etudes et de Recommandations sur la Nutrition et l'Alimentation – CNRS, p.51.

- Les températures de conservation et de cuisson : La plupart des bactéries pathogènes dans les aliments se multiplient rapidement entre 7 et 60°C (dite « zone de danger »). C'est pourquoi la conservation des aliments est un point important : le froid en effet ne tue pas les bactéries, il stoppe leur prolifération. De même, la cuisson doit être suffisante en temps et en température (couple temps-température) pour permettre l'élimination totale des bactéries.

Cuire les aliments à des températures entre 70 et 100°C tue la plupart des bactéries. Néanmoins en EHPAD, les préparations sont parfois faites à l'avance et nécessitent un refroidissement puis une remise en température, pour être consommés au prochain service par exemple. Or certaines spores peuvent survivre lors des cuissons et peuvent entraîner la croissance de bactéries si l'aliment est ensuite conservé à température ambiante (zone de danger). Des précautions particulières relatives à la remise en température doivent alors être prises pour tuer toute bactérie qui peut s'être développée pendant la conservation. D'autre part certains aliments comme les viandes hachées, les rôtis roulés, les grandes pièces de viande et les volailles entières exigent une attention particulière.

- Le développement bactérien et les températures en cuisine :



- Il convient en outre de connaître le principe des « 5M » : la notion de risque alimentaire peut être évaluée à partir de la méthode des 5M qui sont le milieu, la méthode, la main d'œuvre, le matériel, les matières premières. Les contaminations passent obligatoirement par un de ces « M ». C'est un principe reconnu par les professionnels et permettant une évaluation large et complète des risques à maîtriser. Donc respecter les pratiques dans les « 5 M » au sein du service cuisine permet de maîtriser la majorité des sources de contamination.

B) Les GBPH²⁶ et les dispositions réglementaires à connaître

Certaines GBPH sont communes à l'ensemble des acteurs de la restauration, sont reconnues par les professionnels, et sont aussi reprises de manière spécifique dans les différents règlements CE du Paquet Hygiène.

- L'hygiène du personnel : Le personnel en restauration doit avoir une bonne hygiène corporelle et passer régulièrement une visite médicale de dépistage de portage sain. Il doit disposer de tenues de travail propres, régulièrement changées, d'une coiffe pour les cheveux, éventuellement d'un masque bucco nasal et de gants à usage unique lors de la préparation de certains plats à risque. Le personnel doit se laver les mains aussi souvent qu'il change de tâches et d'activité. L'usage du papier à usage unique est privilégié, contrairement à l'usage du torchon. Le personnel porteur d'une plaie ou d'une maladie transmissible (grippe, rhume, gastro-entérite...) a l'obligation de le préciser à la Direction et doit se tenir éloigné des cuisines et du service.

- L'hygiène des locaux : Les locaux doivent satisfaire au principe de la marche en avant, c'est-à-dire qu'il ne doit jamais y avoir de croisements entre les circuits sales (denrées brutes, emballages, vaisselle sale, déchets) et les circuits propres (denrées déconditionnées, vaisselle propre, préparations culinaires, service à table). Si les principes de la marche en avant sont simples à mettre en place pour les établissements de grande taille et lors de la conception des locaux neufs, ils sont plus compliqués pour de nombreuses cuisines qui devront séparer les circuits dans le temps quand ils ne

²⁶ Le règlement CE n° 852/2004 encourage l'élaboration des GBPH pour faciliter l'application des dispositions relatives à l'hygiène et à la démarche HACCP. La rédaction de GBPH est dévolue aux organisations professionnelles représentatives d'une branche, d'un secteur d'activité ou d'une filière. Pour que les professionnels puissent s'appuyer sur ces guides et justifier leurs choix grâce à eux, le GBPH de la filière doit avoir été validé par les pouvoirs publics. En ce qui concerne le GBPH de la restauration collective à caractère social, il est en attente de validation depuis plusieurs années par les pouvoirs publics.

peuvent pas le faire dans l'espace. Des procédures de nettoyage des locaux sont mises en place et sont « tracées » (planning signé et contrôlé). Les locaux sont autant que faire se peut conditionnés, les vapeurs de cuisson et les fumées sont évacuées par des hottes dont les filtres sont régulièrement nettoyés (contrat avec un prestataire). Les animaux sont évidemment interdits en cuisine et il convient de procéder à des dératisations et des désinsectisations préventives.

- Procédures de réception des denrées : Des denrées saines, bien conditionnées, transportées dans de bonnes conditions, puis stockées avec soin, sont les conditions sine qua non d'un bon départ dans la prévention des TIAC en EHPAD. À la réception des denrées, on vérifie la propreté du camion de livraison, sa température s'il s'agit d'un transport frigorifique, le bon état des emballages ou des boîtes de conserve et les étiquettes informant sur la nature du produit, sa provenance, le fabricant, la DLC. Toutes ces données sont enregistrées sur une fiche de contrôle, et vérifiées par les autorités lors des visites d'inspection et lors de suspicions de TIAC.
- Procédure de stockage : Les denrées sont ensuite stockées en chambre froide, ou en réserve à température ambiante, en respectant les températures de stockage propres aux denrées. Un autocontrôle (relevé) quotidien des températures des chambres froides est effectué. On applique la règle du dernier arrivé, dernier sorti. Le déconditionnement des denrées se fait en prenant des précautions simples : par exemple désinfection des salades dans l'eau de javel diluée, décongélation à l'abri des microorganismes, etc.
- La distribution des repas : La température de service des plats doit atteindre au moins 63°C. Lorsque la restauration est différée, dans le cas de la liaison froide, après cuisson la denrée est répartie en faible épaisseur dans un récipient fermé, puis introduit dans une cellule de refroidissement rapide qui fait passer la préparation de + 65° C à + 10° C en moins de deux heures. La denrée est ensuite entreposée et transportée à + 3° C. La denrée, avant d'être servie, est remise à la température de + 65° C, à cœur, en moins d'une heure et servie immédiatement. La réutilisation des restes est interdite.
- Les repas témoins : Malgré toutes les précautions qui peuvent être prises, une TIAC peut toujours survenir. Afin de différencier rapidement les bactéries responsables d'une intoxication, les EHPAD ont l'obligation de conserver un plateau témoin de chaque repas servi, pendant cinq jours, dans des conditions garantissant qu'aucune surinfection ne peut se produire.

- Les contrôles microbiologiques : Les contrôles microbiologiques sont effectués régulièrement sur les surfaces pour contrôler l'efficacité du nettoyage et sur les denrées sur lesquelles on recherche et dénombre les germes responsables de l'altération des denrées, les germes témoins de contamination fécale et les germes pathogènes (staphylocoques, salmonelles...). Un contrat avec un laboratoire spécialisé doit être prévu.

- Les procédures HACCP : si elles sont rigoureusement appliquées, elles ont pour but de faciliter la prévention des risques de contamination microbienne des aliments. Ces procédures sont écrites pour qu'à tous les points de la chaîne de fabrication d'un aliment, chacun puisse contrôler les points critiques, c'est-à-dire les étapes dont on sait ou on présume qu'elles sont à risque. Bien que particulièrement lourdes à élaborer et à appliquer, elles offrent une bonne traçabilité tout au long de la chaîne de fabrication.

- La traçabilité : cette obligation de résultat est difficile à mettre en place. Il faut tracer le numéro de lot, la DLC/DLUO, le début et la fin d'utilisation, la préparation dans laquelle le produit a été intégré, et les dates limites de consommations. Ceci est valable pour chaque denrée entrée dans la cuisine de l'EHPAD, de la viande jusqu'aux épices (sel, curry...), en passant par les biscottes. De plus chaque établissement doit disposer de procédures de retrait et de rappel des denrées alimentaires non-conformes, pour réagir efficacement en cas de crises, donc connues de l'ensemble du personnel.

La Direction, pour sa légitimité, doit parfaitement maîtriser tous ces thèmes, et les personnels de cuisine et de service doivent connaître et comprendre ces informations. Les formations suivies par le personnel de restauration, les rappels en interne par la direction, doivent être des moyens envisagés pour y parvenir, avant de commencer l'élaboration de son PMS. C'est ce qui a été fait au sein de la maison de retraite avant la rédaction du PMS.

2.1.2 Mettre en place une méthodologie adaptée à la situation de l'établissement

L'élaboration d'un PMS nécessite comme toute démarche projet, de définir une méthodologie en amont. Elle est propre à chaque établissement et la maison de retraite de La Bouëxière a déterminé une méthodologie précise en tenant compte des lacunes et difficultés qu'elle rencontrait.

A) Déterminer la méthodologie de conduite de projet

a) *Une démarche collective pour se lancer dans l'élaboration*

Afin de mutualiser les connaissances et les compétences, la maison de retraite de La Bouëxière a engagé sa démarche d'élaboration du PMS en lien avec deux autres EHPAD. Le fait de débiter simultanément dans les trois établissements, pour faire face à la technicité des exigences du PMS, a permis de réunir plusieurs compétences nécessaires.

Ce groupe de travail inter-établissements était composé des responsables cuisine des trois établissements et de deux cuisiniers, pour leurs compétences et leurs pratiques professionnelles, d'une stagiaire en Licence Qualité, et d'une stagiaire D3S.

Les Directeurs des trois établissements ont assisté à la première réunion de ce groupe de travail pour participer à la fixation des objectifs et du calendrier. Puis ayant délégué cette mission aux deux stagiaires, ils n'ont pas été présents aux réunions suivantes, mais se sont toujours tenus informés du déroulement, des interrogations, et ont cependant été présents à chaque prise de décision importante relative au fonctionnement de la cuisine.

Le groupe s'est ensuite réuni à trois reprises durant les deux premiers mois.

A ces occasions, nous avons échangé sur le contenu et le sens parfois peu clair de la réglementation, des enjeux qu'impliquait le respect des règles, de la méthodologie à adopter et du calendrier. Dès la deuxième réunion, nous avons élaboré un état des lieux de l'application des règles et des BPH en cuisine, et qui nous a permis de voir ce qui était à faire ou à revoir. Puis la trame d'analyse des dangers a été effectuée en commun, et a été remplie dans chaque établissement. Ces diverses réunions inter-établissements ont été l'occasion d'avancer plus rapidement et efficacement grâce aux échanges constructifs qui en sont ressortis, et même d'apaiser certaines tensions qui pouvaient être présentes chez les cuisiniers dues à une mauvaise compréhension du contenu du PMS. Des comptes-rendus de réunions ont été rédigés à chaque fois.

Des visites des cuisines de chaque établissement ont été effectuées.

La suite de l'élaboration a été interne aux établissements car le PMS, bien qu'il puisse disposer d'une trame commune, est propre au fonctionnement et dépend de l'existant de chaque EHPAD.

b) Une démarche parallèle en interne

Dans le même temps au sein de la maison de retraite de La Bouëxière, une démarche en interne a été engagée. Une présentation à la réunion des familles, au Conseil d'Administration, au Conseil de la Vie Sociale et au Comité Technique d'Etablissement a été effectuée.

En binôme avec le responsable cuisine, l'élaboration du PMS a débuté en informant constamment les deux cuisiniers et la Directrice des questionnements auxquels nous étions confrontés, et en les intégrant lors des décisions. Etant donné le contexte organisationnel au sein du service cuisine (non-remplacement d'un agent), il n'a pas été possible de réunir l'ensemble de l'équipe à chaque réunion PMS. Mais leur implication a été favorisée autant que possible. Cela aurait pu être plus délicat avec l'agent remplaçant qui pouvait partir d'un mois à l'autre : cependant il s'est véritablement impliqué à chaque occasion, même si le contexte n'était pas favorable. La communication et le soutien entre les membres de l'équipe cuisine est un atout qui facilite la mise en place du PMS.

Trois réunions avec l'ensemble de l'équipe ont pu être menées :

- Une première concernait la présentation du PMS ainsi qu'une formation sur « les préalables »,
- Une deuxième a été consacrée à l'évaluation des ressentis sur cet outil et sa mise en place qui a permis de désamorcer certaines appréhensions,
- Et la troisième nous a permis de présenter le PMS au terme de son élaboration.

En parallèle, des entretiens individuels, tout au long de l'élaboration, avec chaque cuisinier ont permis de les tenir informés de l'avancée et de recueillir leurs avis sur telles ou telles pratiques à proscrire ou à mettre en place. Ces entretiens ont été l'occasion pour les cuisiniers de faire part de problèmes d'organisation, qu'ils ne souhaitaient pas aborder en groupe ou avec leurs collègues. En outre j'ai effectué une journée en cuisine, pour observer les pratiques professionnelles des cuisiniers dans leur environnement de travail.

c) Le choix du porteur de projet PMS

Depuis l'obligation de mettre en place un PMS en 2006, la difficulté pour les trois EHPAD était de trouver le porteur de projet. Dans ces établissements de taille moyenne, entre 56 et 110 résidents, l'équipe de direction se compose seulement d'un directeur et les responsables cuisine doivent tous assurer les tâches de cuisinier, en plus de la gestion de l'équipe, des commandes, etc. Aux vues du temps qui doit être consacré à l'élaboration du PMS, ni les Directeurs, ni les responsables cuisine, seuls, ne disposaient des moyens et des compétences nécessaires. Ces EHPAD ne disposent en ni de qualifié, ni de diététicien ou de personnel dédié.

Ainsi la venue des stagiaires, D3S et Licence Qualité, a été une opportunité pour les Directeurs et les cuisiniers. Seuls un des trois établissements ne disposaient ni de

stagiaire, ni de personnel spécifique pouvant être porteur du projet : pour cet EHPAD c'est le responsable cuisine qui en a été chargé, avec l'appui des deux stagiaires des autres établissements. Le résultat n'a pas été entièrement satisfaisant : le temps et des compétences administratives lui ont manqué pour mener à bien le PMS.

Dans ces cas, l'option du prestataire externe peut être envisagée, mais le choix doit être très prudent : certains prestataires proposent trois jours pour mettre en place le PMS de l'établissement. A ce niveau, on peut supposer qu'il ne sera peut être pas entièrement propre à l'établissement et à ses pratiques, et que le personnel pourrait avoir de sérieuses difficultés d'adhésion et d'implication.

La difficulté réside dans la technicité de l'élaboration du PMS. Pour être conforme au contenu et à la démarche du PMS, cela nécessite d'allier des compétences administratives, techniques (en restauration et en microbiologie), et de qualicien.

Il faut aussi considérer que la DSV peut être une aide précieuse en cas de doutes sur l'interprétation de certaines dispositions.

B) Déterminer la méthodologie de construction du PMS

Une fois la méthodologie de conduite de projet définie, une méthodologie plus précise des étapes de construction du PMS, avec un calendrier et des objectifs de réalisation, doit être constituée. Les principales étapes que nous avons définies, avec les Directions et les équipes, sont les suivantes :

- Faire l'état des lieux de l'existant : BPH, HACCP, Traçabilité en place.
- Engager la démarche HACCP : Etablir la liste des familles de produits préparés en cuisine, élaborer les diagrammes de fabrication pour chaque famille, puis réaliser pour chaque action une analyse des dangers.²⁷
- Rédiger les BPH (à terme, chaque EHPAD a environ quarante BPH).
- Etablir les dispositions des CCP (seuils, surveillances, mesures correctives).
- Rédiger les procédures HACCP (à terme, chaque EHPAD a environ vingt procédures HACCP).
- Rédiger les procédures de traçabilité.
- Etablir les modalités de suivi et vérification de l'application du PMS.

Tout au long de la démarche, la Directrice m'a accompagnée et s'est investie dans ce projet tout en me laissant la liberté nécessaire pour mener à bien ma mission.

²⁷ Voir Annexe II – L'HACCP : fiche explicative.

2.2 L'impact du PMS sur la modification des pratiques professionnelles

Mettre en place un PMS revient à évaluer, modifier, voire supprimer certaines pratiques de travail des cuisiniers, pour se conformer à la réglementation et se donner les moyens d'assurer la sécurité des aliments servis aux résidents. Il est alors possible d'observer que le PMS, qui relève de la démarche de projet, engendre une forme de réticence au changement, accompagnée d'un sentiment de frustration, du notamment à l'impression de promotion de la sécurité au détriment de la qualité des repas.

2.2.1 Le PMS : facteur de changement des pratiques professionnelles

Le PMS impose d'analyser toutes les pratiques de travail des cuisiniers pour les améliorer. Les cuisiniers doivent donc se mettre ou être mis face à leurs difficultés, à leurs mauvaises pratiques ou à leur absence de vigilance, non pas pour être juger mais pour évoluer. Il n'est possible de progresser que si les professionnels sont amenés à être réalistes et honnêtes au moment de l'évaluation de leurs pratiques professionnelles.

En effet j'ai constaté à la fin de l'élaboration du PMS, que certaines pratiques n'avaient pas été « avouées » et n'avaient donc pas été corrigées. Malgré les observations des pratiques professionnelles en cuisine qui ont été organisées, ces mauvaises pratiques ne sont pas apparues, et lors de l'élaboration du PMS, il faut se baser soit sur ce qu'on observe, soit sur ce que les cuisiniers disent.

On peut estimer qu'à partir du moment où l'intérêt de la démarche est compris, grâce aux formations, et que l'évaluation de leurs pratiques ne correspond pas à une appréciation et à un reflet de leur valeur professionnelle, la franchise est de mise.

C'est sans considérer que cette démarche est vécue comme un changement des pratiques, avec une certaine forme de réticence. Après les entretiens individuels, certaines paroles méritent d'être citées pour illustrer l'état d'esprit dans lequel certains personnels sont : « *Ca fait vingt ans qu'on travaille comme ça, il n'y a jamais eu de problème, je ne vois pourquoi on devrait changer* » ; « *Dans ces cas là , on fait plus de cuisine du tout, vu que tout est dangereux, ça ne sert à rien, on prend tout déjà préparé et tout le monde est content* » ; « *Ce n'est pas mon métier de tout surveiller comme ça, moi je suis un professionnel, je fais de la cuisine* ».

Ces oublis de précision sur leurs mauvaises pratiques ou ces paroles traduisent une appréhension du changement qui s'annonce.

La principale raison qui est ressortie dans ce cas est la peur de l'échec.

L'application du PMS requiert des compétences et des capacités qui vont dépasser certaines compétences habituelles des cuisiniers. En tentant d'atténuer l'appréhension, ces cuisiniers ont accordé que « *en fait, ça paraît un peu lourd et difficile, il faudra voir si j'y arrive* », c'est-à-dire si je suis « *capable* ». C'est en tout cas un aspect qui est ressorti dans les trois EHPAD, plus ou moins fortement.

La résistance aux changements peut aussi avoir d'autres origines, car cette réticence est avant tout une caractéristique intrinsèquement humaine. Le Directeur ne doit pas attendre que la réticence se manifeste pour commencer à en gérer les impacts. Il doit être proactif et tenter de l'anticiper dès le début du projet. La gestion de cette réticence doit faire partie intégrante du management de tout projet.

La formation en amont est un outil de motivation qui donne l'occasion à l'agent d'avoir plus confiance en lui-même. Ainsi lorsqu'on lui attribue une nouvelle tâche, il saura plus facilement l'assimiler et être à l'aise pour l'appliquer dès lors qu'il a appris auparavant les théories de base et les préalables. Il devient beaucoup plus ouvert au changement.

L'information est aussi un outil de motivation pour favoriser le changement. Informer les acteurs des enjeux et des risques permet de les amener à une réflexion et à une prise de conscience. Informer c'est aussi respecter les agents et leur travail, qui ont besoin de savoir ce qui se développe dans l'établissement.

La refonte des fiches de postes avec les acteurs est un levier intéressant, ainsi que l'élaboration d'un plan de travail hebdomadaire pour le responsable cuisine, afin que l'agent visualise que l'organisation de sa semaine va lui permettre d'effectuer l'ensemble des tâches qui lui sont dédiées, même les nouvelles.

Lors des entretiens d'évaluation, la valorisation et la reconnaissance d'un agent qui s'est impliquée dans l'élaboration du PMS, est un aspect à ne pas négliger.

2.2.2 Le sentiment d'excès de sécurité au détriment de la qualité des repas

*« L'adversaire d'une vraie liberté
est un désir excessif de sécurité »²⁸,*
Jean de La Fontaine.

L'élaboration du PMS et les obligations de sécurité et d'hygiène, particulièrement strictes, ont fait émerger chez l'ensemble des agents une sorte de frustration, qui a certainement

²⁸ Extrait de la Fable « Le loup et le chien », Jean de La Fontaine.

participé à la réticence au changement chez certains : le sentiment d'excès de sécurité au détriment de la qualité.

A titre d'exemple, lors du repas du soir les viandes sont servies chaudes à la demande des résidents. Le cuisinier qui prépare le repas du soir est seul. Ainsi lorsqu'ils sont deux le matin, le cuisinier s'avance et fait cuire les viandes pour le soir. En conformité avec la réglementation en vigueur, il faudrait donc contrôler et relever les températures de 63°C à 10°C en moins de deux heures pour le refroidissement, puis la conservation de ces denrées dans une enceinte entre 0 et +3 °C (dispositions obligatoires). La remise en température est ensuite opérée de telle manière que la température à cœur des denrées doit passer de +10°C à +63°C en moins d'une heure. Cela n'était pas fait, faute de temps. Il faut noter que les textes n'imposent aucune obligation concernant le matériel ou les pratiques employées, seulement une obligation de résultat. C'est à dire que si l'on arrive à prouver que les préparations sont saines, grâce à une autre méthode, on a tout à fait le droit de l'utiliser ; mais les preuves doivent être tangibles car le but de tous ces contrôles de temps et de températures est de prouver aux autorités qui contrôleront les fiches de relevés en cas de TIAC, qu'aucun danger n'a été pris dans notre processus de préparation et que la TIAC ne vient pas de là.

Le plus pratique est donc de prendre la température à cœur à chaque étape. Or en termes de temps passé à contrôler, et en l'absence de cellule de refroidissement rapide qui garantirait ce passage de température, l'équipe cuisine et la Direction se sont interrogés sur la continuité du service de viandes chaudes le soir. Cela a été pour chacun une frustration et un sentiment de recul de la qualité et du bien-être des résidents d'en arriver à se poser une telle question.

A mon départ, aucune décision n'avait été prise. L'équipe et la Direction se sont laissées un mois de réflexion et d'essais d'autres techniques pour maintenir le service de viandes chaudes le soir. Il y a eu plusieurs solutions : acheter des viandes pré cuites, et les soumettre à l'essai pour évaluer leurs qualités organoleptiques. Si les résidents sont satisfaits, ce type de viandes sera servi le soir. Dans le cas contraire, le responsable cuisine se lancera dans une analyse des dangers pour chaque viande refroidie puis réchauffée, pour prouver qu'il n'y a pas de risques. Il faudra alors faire analyser chaque viande par un laboratoire spécialisé et accrédité. Ce serait une démarche, quoique lourde et coûteuse pour l'établissement, intéressante pour répondre aux attentes des résidents. Si certains résultats ne sont pas satisfaisants, les cuisiniers ne prépareront plus que les viandes « sûres », les moins à risque.

D'autre part les cuisiniers ont, au début de l'élaboration, considéré que trop axer sur la sécurité telles que les dispositions l'imposent, allait leur faire « bâcler » d'autres tâches attenantes à la qualité (préparation de gâteaux d'anniversaire « maison » remplacée par

des petits fours pré cuits par exemple). A terme, et avec une organisation sensiblement modifiée, la Directrice les a amenés à poursuivre la préparation des gâteaux.

Il demeure au travers de ces exemples, et il y a eu d'autres moments semblables, que les agents n'étaient pas entièrement ravis de ces changements au départ. Ils ont considéré pendant un temps que le PMS amène à diminuer la qualité des denrées, du au manque de temps, et leur libre-choix dans la préparation des repas (par les denrées commandées, les techniques de préparation, etc.). L'enjeu pour la Direction, qui a un rôle primordial, est de faire comprendre aux équipes que la sécurité entre dans une démarche globale de qualité. Si nous assurons aux résidents une qualité, via la liberté des choix, le respect des goûts et des habitudes, sans s'assurer qu'ils ne seront pas en danger parce que nous n'avons pas maîtrisé les risques, alors même que c'est quelque chose de réalisable, ce n'est un comportement ni cohérent, ni responsable.

La sécurité peut amener à modifier la qualité mise en place. Mais elle n'implique pas de la réduire. Le Directeur doit faire comprendre que cette démarche est une composante de l'assurance qualité globale que l'établissement doit garantir aux résidents. La démarche qualité est liée à la sécurité assurée aux résidents, l'une et l'autre sont indissociables et interdépendantes.

Cependant il faut concéder que le PMS est parfois un outil bien trop lourd à mettre en place pour les EHPAD, avec des dispositions complexes, voire inapplicables en pratique.

2.3 Le PMS : une obligation réglementaire stricte qui trouve des limites d'application

Durant l'élaboration du PMS, il faut faire le point sur les pratiques de l'établissement, répertorier ce qui est déjà mis en place et ce qu'il manque. Lorsque la liste des procédures qu'il reste à élaborer est faite et qu'est entamée une réflexion sur les modalités pratiques de mise en place, certaines dispositions paraissent impossibles à réaliser. Bien qu'indispensables quant à la cohérence de la mise en oeuvre de la sécurité des aliments, elles sont parfois beaucoup trop strictes, peu réalistes quant au fonctionnement de l'EHPAD, voire contraires à la politique et aux choix institutionnels de prise en charge des résidents.

2.3.1 Des dispositions strictes, incompatibles avec les réalités de fonctionnement

Les Directeurs respectent aujourd'hui l'obligation de visite et de déclaration de l'aptitude compte tenu de l'état de santé, à travailler des personnels. Les visites médicales d'embauche et annuelles sont respectées.

Mais le règlement CE 852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires d'origine animale précisent dans son chapitre IV que :

« Aucune personne atteinte d'une maladie susceptible d'être transmise par les aliments ou porteuse d'une telle maladie, ou souffrant, par exemple, de plaies infectées, d'infections ou lésions cutanées ou de diarrhées ne doit être autorisée à manipuler les denrées alimentaires et à pénétrer dans une zone de manutention de denrées alimentaires, à quelque titre que ce soit, lorsqu'il existe un risque de contamination directe ou indirecte des aliments » « Toute personne atteinte d'une telle affection qui est employée dans une entreprise du secteur alimentaire et est susceptible d'entrer en contact avec les denrées alimentaires doit informer immédiatement l'exploitant du secteur alimentaire de sa maladie ou de ses symptômes, et, si possible, de leurs causes ».

Ainsi un agent atteint d'une affection cutanée présente un danger particulier quand celle-ci intéresse les mains, les bras, le cou ou le visage. Il peut aussi s'agir de plaies mal soignées, d'acné, d'eczéma. Il faut associer à ces affections, les rhumes et sinusites qui entraînent des éternuements et des écoulements.

Si un agent est victime d'une telle affection, il ne peut exercer son activité que dans un poste compatible avec son état, tel que le décartonnage, la légumerie, le nettoyage des zones non alimentaires, et surtout il doit en informer le Directeur.

Ceci implique deux remarques :

- Le personnel doit déjà être informé de cette disposition, pour lui donner les moyens de prévenir la Direction. Dans les trois EHPAD qui ont travaillé sur le PMS, aucun des personnels, ni des Directeurs ne connaissaient cette obligation.
- Dans les EHPAD de taille moyenne, au sein de la maison de retraite de La Bouëxière par exemple, qui connaît en plus des difficultés de recrutement pour des remplacements, comment peut s'organiser l'établissement et comment doit réagir la Direction dans un tel cas ? Si un cuisinier, qui travaille seul le soir de 16 h 30 à 19 h 30, vient informer, juste avant son service, la Directrice qu'il a les symptômes d'une gastro-entérite ou d'un rhume, les résidents n'auront pas de dîner préparé le soir, parce que sur les deux autres agents de cuisine, l'un est injoignable et l'autre est en jour de repos obligatoire, etc.

De même lorsque la remise en température d'un plat, par exemple un rôti en sauce demandée par les résidents lors de la commission repas, se fait non pas en une heure comme l'impose la réglementation, mais en une heure dix, doit-on réellement ne pas servir le plat et le détruire au risque que la prolifération bactériologique ait pu commencer

pendant dix minutes ? Il en va de même pour la réception de viande le matin, que l'on sert le midi (température maximale à cœur recommandée par la réglementation à +3°C, avec une tolérance en surface accordée par l'EHPAD à +5°C), doit-on la refuser à 5,2°C à la livraison et servir une tranche de jambon à la place, malgré la déception des résidents qui consultent chaque jour le menu et qui attendent ce plat.

Les dispositions réglementaires strictes se trouvent rapidement confrontées aux réalités de fonctionnement d'un établissement et les choix ne sont pas toujours simples à faire pour le Directeur, d'autant qu'elles touchent parfois à la qualité du service mise en place dans l'EHPAD.

2.3.2 Des dispositions lourdes, qui vont parfois à l'encontre de la qualité du service offert aux résidents

Dans le même sens, que précédemment, certaines dispositions méritent réflexions avant de les inclure strictement dans le PMS.

C'est le cas du gâteau apporté par la famille par exemple. Doit-on s'assurer de la salubrité de la denrée, et si oui comment ?

Les Directeurs ont l'obligation d'assurer la sécurité sanitaire des denrées de l'établissement et non de celles provenant de l'extérieur, non achetées et non fabriquées au sein de l'EHPAD. Il demeure qu'en cas de TIAC dans l'établissement, c'est bien le Directeur qui est responsable jusqu'à preuve du contraire. Donc imaginons une famille qui apporte des gâteaux pour un résident et qui en offre aux quinze résidents qui sont dans la salle à manger ce jour-là. S'il y a TIAC, comment prouver que cela vient du gâteau extérieur, sur lequel bien sur aucun prélèvement n'a été effectué, ni d'étiquette gardée. Et rien n'empêchera l'inspection des services de contrôle et un éventuel relais médiatique.

Lors d'un entretien avec un personnel des services de contrôle, ce dernier m'a confié l'aberration de certaines dispositions pour lesquelles eux-mêmes n'avaient aucune solution et conseillait juste d'être vigilant en souhaitant que rien n'arrive. « *C'est le plus simple* » dicit l'agent d'inspection. Bien que l'établissement ne soit pas responsable des denrées venant de l'extérieur, à partir du moment où une TIAC est déclarée au sein de l'EHPAD, c'est la même procédure que l'on soit directement responsable ou non.

Il en va pourtant de la liberté de choix des résidents, du plaisir des familles et des résidents. Certains établissements ont fait le choix d'interdire tout aliment provenant de l'extérieur, en expliquant aux résidents et familles les raisons justifiant ce choix. D'autres ont décidé de passer outre et de ne pas se préoccuper de cet aspect, en appliquant la même « philosophie » que celle dont l'agent d'inspection m'a fait part, soit « *en espérant*

qu'il n'arrive rien ». Mais le risque zéro n'existant pas, jusqu'où aller dans l'application de la sécurité alimentaire ?

Il en va de même pour les ateliers cuisine. L'EHPAD n'a pas à appliquer les dispositions réglementaires de la sécurité alimentaire aux ateliers cuisine, dans la mesure où les aliments préparés durant cet atelier ne sont consommés que par les résidents qui y ont participé. Dans le cas où d'autres résidents, qui concrètement n'auraient pas touché les aliments, les consomment, alors toutes les dispositions s'appliquent (échantillons témoins, relevés de températures, BPH pour les résidents et les animateurs qui préparent souvent ces ateliers, traçabilité de chaque produit utilisé, etc.). A la maison de retraite de La Bouëxière, ce sont les animatrices qui préparent et coordonnent ces ateliers cuisine, dont les fabrications sont ensuite offertes au goûter à l'ensemble des résidents et non aux seuls participants. Or la difficulté est encore plus importante, car les dispositions sont extrêmement contraignantes, inconnues dans leur totalité par les personnels d'animation et demandant un temps dont elles ne disposent pas.

Il est pourtant inconcevable de supprimer les ateliers cuisine, chers à certains résidents, favorisant leur autonomie et développant la fonction plaisir de l'alimentation en la préparant, et il est aussi impensable de ne faire profiter que ceux qui les ont préparés.

En définitive, il appartient au Directeur de choisir la politique de sécurité des aliments, les limites qu'il y applique, d'assumer la responsabilité qui en découle et d'expliquer ses choix à l'équipe et aux résidents. Pour une adhésion collective et une implication dans cette démarche, la communication et l'information sont des points essentiels.

Même si certains choix ne correspondent pas parfaitement à la réglementation en vigueur, si toutes les BPH sont appliquées et que les cuisiniers sont sensibilisés aux dangers, il peut être compréhensible et même justifié (principe de précaution, liberté de moyens) de ne pas respecter strictement des dispositions qui pourraient nuire à la qualité de la prise en charge des résidents et à l'organisation de travail des personnels.

En effet le PMS et les moyens de parvenir à la sécurité alimentaire sont propres à l'établissement, tant qu'ils sont justifiés et assortis de preuves.

L'élaboration d'un PMS est donc la première étape de mise en œuvre d'une démarche de sécurité alimentaire en EHPAD.

Une fois les réflexions menées et la rédaction finalisée, il faut le mettre en application. La fin de mon stage à la maison de retraite a été concomitante à la rédaction finale du PMS. L'application du PMS doit alors permettre d'aboutir à l'effectivité de la sécurité sanitaire. En ne prétendant pas avoir l'exhaustivité des possibilités d'actions de mise en place, je vous propose de considérer quels pourraient être les axes de vigilance, notamment à la maison de retraite de La Bouëxière, pour garantir l'effectivité de la sécurité alimentaire, suite à l'élaboration du PMS.

3 PRÉCONISATIONS POUR LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

A partir du moment où le PMS est élaboré, il convient de l'appliquer. C'est une démarche de projet, le PMS ne doit donc pas être laissé comme tel à l'équipe. C'est un enjeu du Directeur, qui doit opérer un management de projet dynamique et mettre en œuvre les moyens nécessaires pour parvenir à la sécurité des aliments par l'application du PMS. En outre l'évaluation est une étape nécessaire pour parvenir une sécurité adaptée aux réalités de l'établissement.

3.1 Du management dynamique aux choix stratégiques du Directeur

A la mise en place du PMS, le Directeur a un rôle managérial majeur : il doit continuer à mobiliser les acteurs, en étant présent et en réagissant lorsque la situation l'exige, mais en leur laissant aussi une marge de liberté pour s'approprier l'outil. A ce titre la désignation du responsable PMS par le Directeur doit être le fruit d'une réflexion stratégique car son rôle est important.

3.1.1 Le rôle du Directeur dans la continuité du changement

Lors de l'élaboration du PMS, nous avons observé que la Directrice de la maison de retraite de La Bouëxière, m'ayant délégué la gestion de ce dossier, avait été présente pour la définition du cadre et les prises de décisions importantes conservant ainsi une position stratégique. Elle s'est constamment tenue informée de l'avancée de la démarche et était donc présente à chaque fois que cela était nécessaire. Dans le même temps, elle a permis au groupe d'avancer par lui-même, en laissant aux agents la possibilité de s'approprier le projet. Je faisais à ce moment le lien entre l'équipe et la Direction.

Cependant, une fois le PMS élaboré, la Directrice doit reprendre une place plus importante. En effet, la fin de mon stage se caractérise par le retour à la communication directe de l'équipe cuisine avec la Directrice, lien que j'assurais lors de la période de stage pour l'ensemble des points relatifs au PMS.

Désormais pour la mise en œuvre, l'équipe devra pouvoir se retourner en cas de difficulté ou d'interrogations vers la Directrice. Il convient donc qu'elle soit assez présente pour leur permettre d'avancer, pour prendre connaissance des difficultés et leur montrer un soutien dans l'application du PMS. Cela peut passer, pour le début de la mise en œuvre, par la

réalisation de réunions régulières avec l'équipe de cuisine et par des visites régulières et spontanées en cuisine. Ainsi des ajustements immédiats de dysfonctionnements légers pourront être effectués, sans attendre l'évaluation annuelle du PMS. Cela permettra de poursuivre une application adaptée aux pratiques et de continuer à mobiliser les agents.

En effet au début de la mise en œuvre d'un outil tel que le PMS, compilation de protocoles reflétant les pratiques de travail, il faut s'attendre à quelques écrits inadaptes à la réalité des pratiques et mettant le personnel en difficulté. Ces dysfonctionnements doivent être corrigés dès que possible, dans la mesure où c'est une décision unanime et collective et s'ils n'impliquent pas de modifications trop lourdes. Il ne faudrait pas demander au personnel de s'engager de nouveau dans une réflexion juste après huit mois de travail sur cette démarche.

La Directrice doit en outre continuer à mobiliser les agents, à informer de nouveau si nécessaire, au début de la phase d'application car on peut parfois observer un essoufflement des changements de pratiques de travail opérés et un retour vers les anciennes habitudes professionnelles.

Lors de cette période la reconnaissance et la valorisation du personnel a toute sa place, pour accorder une attention à la mesure des changements et des efforts opérés par les agents. Elles sont très importantes. Savoir valoriser lorsque les contrôles des autorités sont positifs, lorsque les résultats d'analyses sont satisfaisants ou lorsque des familles et des résidents ont été ravis de leurs repas, est aussi le rôle du Directeur dans cette période de changement.

A l'inverse, il faut immédiatement relever et corriger les défauts d'application éventuellement observés, pour ne pas qu'ils perdurent.

Mais le Directeur ne doit pas être « trop » présent non plus, au risque d'échouer dans l'application de ce PMS, car les agents ne pourront pas se l'approprier. De même il ne faut pas qu'il empiète sur le rôle du responsable PMS, qui doit s'affirmer dans cette nouvelle responsabilité.

Si quotidiennement l'équipe et la Direction échangent, même brièvement, sur des applications du PMS, cela va saturer l'équipe et nuire à l'application.

Le Directeur doit « doser » le temps accordé à la mise en place du PMS, pour ne pas risquer la saturation, mais aussi assurer la gestion quotidienne de l'établissement et non se cantonner à un seul service jusqu'à ce qu'un projet soit stable.

Cependant cet aspect ne peut être réalisé que si le responsable PMS est bien identifié, impliqué et assure un lien avec la Directrice.

3.1.2 Désigner le responsable "PMS" : un enjeu stratégique

A) Pour la motivation de l'équipe et l'application du PMS

Au sein des trois EHPAD qui ont mis en place le PMS, le responsable cuisine a été désigné responsable PMS. Les établissements ne disposant ni de cadre intermédiaire de direction, ni de personnels spécifiques de type qualitatif ou diététicien, ce choix résultait de l'évidence.

L'équipe cuisine est chargée d'appliquer le PMS et participe à son évaluation annuelle, alors que le responsable cuisine / PMS est chargé de veiller à la bonne application et à la compréhension du PMS, de son évaluation, de son suivi constant, de ses mises à jour et du lien avec la Direction, qui est responsable de la conformité et de l'application du PMS.

A ce titre il est indispensable pour la Direction de conforter et de clarifier ces rôles en mettant à jour les fiches de postes et en informant clairement les acteurs des rôles et responsabilités de chacun, en veillant à ce que cela soit acquis.

Il faut que la relation entre le Directeur et le responsable PMS soit claire et honnête. Le responsable PMS doit aussi être le reflet de l'équipe cuisine. Il n'est pas obligatoirement en accord avec le Directeur, il doit cependant régner une confiance mutuelle et une cohérence dans cette relation.

Le responsable PMS doit être un appui du Directeur pour fixer et suivre des objectifs, afin de permettre au service cuisine de progresser. Il doit en outre mettre à jour au fur et à mesure les détails du PMS (par exemple changement de fournisseur, nouveau protocole, etc.). Le Directeur doit donc lui déléguer les responsabilités de terrain, en veillant à la continuité de la remontée de l'information.

Le facteur clé de réussite est évidemment la formation du responsable. En l'absence de formation, il existe un risque sérieux d'échec dans ce nouveau rôle, à cause du manque de savoir-faire qui mène à la mise en échec du responsable.

Dans la mesure où un établissement de plus grande taille aurait le choix entre plusieurs agents pour la désignation du responsable PMS, ce choix doit découler de la capacité managériale et de la légitimité de l'agent que l'on va désigner en tant que tel.

B) Pour le suivi du PMS

L'enjeu du profil du responsable PMS à long terme doit aussi être soulevé. Il faut se projeter par exemple au moment des évaluations annuelles de suivi du plan. En réunion, la Directrice et l'équipe cuisine évaluent le PMS tous les ans et l'adapte, décident des changements à opérer en pratique et dans l'écrit du PMS.

Il est ici intéressant de se demander qui fera effectivement les changements : pour des modifications purement administratives et de mise en forme ou de modifications dans les protocoles, ce sera par exemple le secrétariat ou le responsable cuisine s'il dispose des outils et de la connaissance informatique nécessaire.

Mais en ce qui concerne l'analyse des dangers ou de la démarche HACCP, le travail de modification sera long et lourd car il impactera sur d'autres documents du PMS et surtout il nécessite des connaissances accrues. C'est pourtant une mission du responsable PMS qui n'aura ni le temps, ni la capacité de le faire, compte tenu de la technicité et de l'interdépendance des documents.

A moins de spécialiser le responsable PMS dans les tâches administratives et de suivi de la qualité en cuisine, les possibilités sont réduites. De plus, les responsables cuisine/PMS sont d'abord des cuisiniers...qui refuseraient pour la plupart de se voir attribuer uniquement des tâches de gestionnaire.

Le Directeur, qui pourrait parfois pallier ce défaut, ne rentre alors plus dans ses fonctions et ne disposera pas du temps nécessaire non plus.

Et qu'en est-il lorsqu'un établissement modifie le fonctionnement, l'organisation de sa cuisine ou la fabrication de ses plats, ce qui nécessite de revoir l'intégralité du PMS ?

L'éventualité a alors été soulevée de mutualiser le recrutement d'un personnel qualifié, en engageant un « qualicien » sur plusieurs établissements, qui suivrait donc le dossier PMS.

Il pourrait aussi suivre d'autres démarches qualité (dans les soins, lors de l'accueil des résidents...), parfois laissées en marge, faute de moyens pour leurs suivis.

Cependant la question des moyens pour recruter ce personnel spécialisé est légitime car le contexte actuel pour la maison de retraite n'y est pas véritablement favorable.

La réussite de la mise en place de la sécurité alimentaire tient donc d'une part au management dynamique par la présence, le soutien du Directeur, qui doit pouvoir stratégiquement s'appuyer sur le responsable PMS qu'il a désigné.

Comme toute démarche qualité qui se met en place le Directeur doit aussi accorder les moyens nécessaires pour permettre une mise en œuvre effective.

3.2 Accorder les moyens nécessaires

Le Directeur doit consacrer des moyens financiers, matériels et humains nécessaires pour assurer la sécurité alimentaire aux résidents et pour l'application effective du PMS.

3.2.1 Adapter les moyens matériels et financiers

« Les TIAC constituent un problème de santé publique majeur du siècle prochain et il faudra dégager les moyens financiers indispensables pour assurer la sécurité sanitaire »²⁹.

Les moyens que le Directeur attribue au service cuisine doivent permettre de mener à bien la sécurité alimentaire et les obligations issues de son PMS.

D'une part, la gestion des risques a un coût annuel permanent imposé par la réglementation : obligation de contrat avec un laboratoire d'analyses microbiologiques, contrats de maintenance obligatoires, pour la plupart pré existant au Paquet Hygiène (entretien des hottes de cuisine, des appareils de cuisson).

Certains domaines sont laissés à l'appréciation du Directeur, qui fait un choix entre un contrat de maintenance avec un prestataire externe ou un entretien interne selon les qualifications de l'agent d'entretien (pour l'entretien des appareils de cuisson ou pour les chambres froides).

Si l'on souhaite mettre en place un PMS garantissant effectivement la sécurité alimentaire des résidents, il convient de s'assurer que tous les contrats obligatoires existent, les renégocier si nécessaire, et se préoccuper de la réalité des entretiens pour lesquels les contrats ne sont pas imposés (est-ce effectué par le personnel d'entretien ou doit-on prévoir de passer un contrat ?). Il est donc possible que de nouveaux coûts apparaissent, s'il y a des lacunes en termes de maintenance.

La formation du personnel a aussi un coût important et nous avons constaté que c'est un aspect impératif à intégrer pour la maîtrise effective des risques alimentaires.

D'autre part, s'engager dans une démarche PMS peut impliquer pour certains établissements de se doter de moyens matériels supplémentaires. En effet certaines cuisines ne sont pas aux normes et doivent absolument initier une restructuration, si elles

²⁹ P. SANSONNETI, Professeur à l'Institut Pasteur, article Le Monde du 27 juin 1999, cité dans COSSON C., mai 2002, *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, p.78

souhaitent assurer une sécurité des aliments aux résidents, avant même la phase d'élaboration du PMS.

Pour d'autres établissements les budgets alloués peuvent être plus ou moins conséquents. Pour les cuisines neuves, restructurées en fonction de la démarche HACCP, les coûts se limitent à la maintenance et l'entretien. Puis il y a les autres établissements qui disposent d'une cuisine aux normes mais avec quelques problématiques en termes d'équipements vieillissants ou inadaptés ou de locaux mal agencés par exemple, qui nuisent à une bonne application de la méthode HACCP notamment.

Pour cibler les anomalies quant au cadre bâti ou aux équipements, il est possible de se baser sur les remarques formulées par la DSV dans les rapports d'inspection, pour prioriser ce qui doit être changé, construit ou aménagé.

Au sein de la maison de retraite, il y avait deux remarques prédominantes dans les derniers rapports d'inspection de la DSV : l'absence d'une seconde chambre froide qui permettrait de séparer les denrées et l'absence de rangement fermé pour les tenues propres dans le vestiaire (qui étaient posées sur une étagère).

Ces remarques ont amené la Directrice à faire l'acquisition d'une armoire froide (moins onéreuse qu'une chambre froide) pour séparer les denrées alimentaires. En effet la réglementation impose de disposer « *de locaux adaptés et suffisants qui évitent les contaminations* », et la démarche HACCP préconise pour cela de séparer chaque type de produit (produits finis, produits entamés, produits laitiers, viandes, légumes...) ce qui est en pratique impossible. Séparer à minima les produits finis et entamés des autres produits « bruts » contribue à diminuer fortement le risque de contamination.

En outre l'établissement a fait l'acquisition d'une petite armoire pour ranger les tenues propres des cuisiniers.

3.2.2 Former et informer le personnel

Se donner les moyens de mener à bien une démarche qualité c'est d'abord donner les moyens au personnel de pouvoir la mettre en œuvre.

A) Les effectifs

J'ai observé durant mon stage que l'application du PMS n'était pas immédiatement conditionnée par des moyens humains supplémentaires, par rapport au fonctionnement antérieur, si les ETP prévus sont recrutés. Avec une révision des fiches de postes, de l'organisation de la journée et des livraisons en ce sens, cela est concevable en l'état. Un plan de travail quotidien avec les tâches par poste a aussi été élaboré avec les cuisiniers

pour évaluer et prouver que toutes les tâches étaient réalisables : cuisine, réception de livraison, contrôle des températures, nettoyage....

Cependant la procédure de traçabilité du PMS, qui est la plus lourde, n'avait pas encore été mise en place, faute justement de temps à y consacrer pour le moment. A la demande des cuisiniers, le changement induit par le PMS se fait par étapes.

Pour le moment ils modifient leurs techniques de préparation et leurs pratiques de travail relatives à l'hygiène et à la méthode HACCP. Une fois cela instauré, la démarche de traçabilité pourra être engagée.

Il est alors possible de soupçonner, si la maison de retraite reste à effectif constant, qu'elle ne sera pas effectuée conformément à ce qu'impose la réglementation : à chaque utilisation, relever les n° de lots, les fournisseurs et les DLC/DLUO de chaque produit utilisé du poisson au sel ou au lait...pour remonter la « vie » et l'utilisation du produit en cas d'alerte. En effet, pour avoir testé cette obligation sur un repas du midi, il faut en moyenne trente minutes pour « tracer » l'ensemble des aliments utilisés pour ce repas. C'est sans compter le repas du soir et surtout le petit-déjeuner avec la diversité des produits proposés (les biscottes, les yaourts, le lait, le café, le potage...) qui repose sur le maintien des habitudes alimentaires des résidents avant leur entrée en établissement.

Ainsi à terme, il serait souhaitable de prévoir un ETP supplémentaire pour appliquer convenablement les dispositions réglementaires. C'est justement ce que la Directrice de la maison de retraite avait anticipé en négociant lors du renouvellement de la convention tripartite, un demi poste supplémentaire de cuisinier pour 2011. Ce qui laisse le temps d'être au point sur les BPH et l'HACCP, et d'engager une réorganisation et la mise en place de la traçabilité à l'instauration du nouveau poste.

La question du temps de travail de responsable PMS est aussi importante, en particulier lorsque c'est un cuisinier et qu'il n'a pas réellement de temps de responsable PMS dédié. Il récupère certes ses heures mais lors de la réorganisation en 2011, ce sera le problème à régler prioritairement. Si on ne donne pas les moyens, si on ne prévoit pas de temps dédié au responsable PMS, pour qu'il puisse suivre le PMS, effectuer l'archivage des contrôles, sensibiliser son équipe, modifier certaines procédures non conformes ou incomplètes, cela équivaut à le mettre en difficulté et à mettre en échec l'application du PMS. Actuellement, après évaluation de la charge de travail, il faudrait au minimum une heure par semaine pour maintenir un PMS « vivant » avec un responsable PMS opérationnel.

C'est au Directeur qu'il revient de modifier l'organisation du temps de travail pour allouer un temps dédié au responsable PMS.

B) La formation

La formation de l'équipe cuisine doit, comme nous l'avons vu, s'effectuer dès la phase d'élaboration du PMS. Elle doit se poursuivre lors de la mise en place, si nécessaire lorsque le Directeur et/ou le responsable PMS observent des carences dans la compréhension et donc dans l'application. Elle peut prendre la forme de rappels, de réunions d'explication, de formation interne ou externe aux vues des besoins.

Au sein du PMS est prévue une procédure d'intégration des nouveaux personnels de cuisine. Elle se compose d'une marche à suivre pour le Directeur et le responsable cuisine, des obligations mutuelles, d'un livret d'accueil actualisé fourni à chaque nouvel agent et d'une formation interne dispensée par le responsable PMS.

Il est primordial pour chaque nouvel agent recruté, que cette procédure PMS soit suivie afin que soient présentés le développement microbiologique, les impacts sur les pratiques de travail, les contrôles quotidiens et le nettoyage que le cuisinier doit faire, son obligation quant à l'état de santé, le contenu du PMS, les procédures de traçabilité, etc.

Cependant la sécurité alimentaire touche aussi le service et la distribution des repas. Bien que le PMS concerne à 95% la cuisine, l'activité du service des repas n'est pas exempte du respect de certaines règles incluent dans le PMS.

Au sein de la maison de retraite de La Bouëxière, ce sont les agents de service hôtelier et hospitalier qui effectuent le service des repas aux résidents. Si toutes les règles d'hygiène ont été respectées en amont en cuisine et qu'elles ne sont pas appliquées au moment du service (service à la main, port de tenue sale, absence de lavage des mains, ouverture des chariots chauffants pour refroidir les températures des plats qui sont servis à température tiède donc avec des risques microbiologiques, etc.), la sécurité serait nulle et le personnel de cuisine aurait un sentiment de frustration et d'incompréhension de l'application partielle des règles.

Il faut donc prévoir une sensibilisation des équipes de soins. La difficulté tient au turn-over important dans ce secteur, ainsi qu'au potentiel désintérêt de certains agents sur cette tâche.

A la maison de retraite de La Bouëxière, si un « référent » restauration est présent dans chaque service de soins pour faire le lien avec la cuisine sur les régimes ou les problèmes rencontrés, il faut désormais que cet agent veille à l'application des règles d'hygiène et à la sensibilisation des nouveaux personnels durant le service.

Cela implique que chaque référent restauration ait auparavant suivi la formation adéquate et soit volontaire pour tenir ce rôle.

Si la démarche engagée peine à avancer convenablement à cause d'un manque de moyens, indépendant de la volonté du Directeur, ce dernier doit alors faire preuve de transparence envers le personnel qui s'épuise à tenter de faire vivre un outil et d'améliorer la sécurité à chaque instant. Pour permettre de maintenir la motivation du personnel, le Directeur peut apporter des explications, ainsi qu'un soutien constant dans les efforts fournis par l'équipe. De la reconnaissance et une réponse positive aux petites demandes de moyens matériels peuvent par exemple permettre de continuer à motiver les équipes.

3.3 Le suivi et les perspectives à long terme

L'évaluation du PMS est imposée et contrôlée par les autorités. En dehors de cette obligation réglementaire, c'est une véritable opportunité pour l'établissement et pour le personnel de se situer, de se questionner et d'améliorer la garantie de la sécurité des aliments aux résidents. Elle ne doit pas être une fin en soi, elle doit être une étape intermédiaire, annuelle, où l'on se fixe de nouveaux objectifs à atteindre. Elle permet une vision à moyen et long terme.

La maison de retraite peut en outre réfléchir, d'ores et déjà, à d'autres modalités de fonctionnement qui pourraient l'amener dans le futur à faire évoluer sa sécurité face au risque alimentaire.

3.3.1 Une démarche d'amélioration continue de la sécurité alimentaire

La vérification est le principe n°6 de la démarche HACCP et l'évaluation est aujourd'hui reconnue unanimement comme une composante des démarches d'amélioration et de conduite de projet.

En premier lieu, au sein du PMS, l'évaluation doit être effectuée avec les outils, choisis par l'établissement. Les procédures doivent obligatoirement être décrites. Deux outils sont proposés dans la note de service du 11 janvier 2007³⁰ : l'audit interne et la revue de direction annuelle. Ce sont ces outils d'évaluation que les trois EHPAD ont choisi d'utiliser pour leurs évaluations annuelles.

³⁰ Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Note de Service DGAL/SDSSA/N2007-8013, précisant les conditions d'application de l'arrêté du 08 juin 2006, Annexe p.28.

- L'audit interne : son objet est de relever toutes les non-conformités existantes en cuisine, en observant à un moment donné, et en interrogeant les équipes cuisine, hôtellerie et soignante. La grille utilisée par la DSV lors des inspections peut servir de trame.

Il fait le point entre ce que l'on doit faire (réglementation), ce que l'on prévoit de faire (les documents du PMS) et ce que l'on fait réellement (pratiques observées et résultats des contrôles et enregistrements). C'est donc un ensemble de questions à se poser, de pratiques de travail à observer et de documents à contrôler.

Après avoir trouver la cause des non-conformités (avec l'aide des 5M ou avec toute autre méthode dont l'efficacité peut être prouvée), il faut définir des actions correctives, désigner un responsable, définir un délai de mise en place et de vérification de l'efficacité de l'action.

L'auditeur, en règle général le binôme Directeur et responsable PMS, rédige ensuite un « rapport d'audit ». Ceci est un point important à ne pas négliger car le rapport d'audit est la preuve que le PMS a été vérifié.

- La Revue de Direction : elle est l'occasion d'aborder tous les points du PMS et de définir des axes d'amélioration généraux. Elle fait le bilan global sur la conformité du PMS par rapport aux exigences réglementaires, sur la compréhension par l'équipe et sur son efficacité pour la sécurité des résidents.

Elle prend la forme d'une réunion entre l'équipe cuisine, le responsable, la Directrice. Toute autre personne ou équipe intéressée peut aussi être présente. Le but est de mettre à jour le PMS, de prendre en compte les évolutions réglementaires, et de définir des objectifs à atteindre.

Les points à aborder sont divers et doivent couvrir tout les aspects du PMS : les résultats d'analyse, les audits, les autocontrôles (prise de température, contrôle à réception, nettoyage, traçabilité des produits, et globalement tout ce qui fait l'objet d'enregistrements en cuisine), l'application des procédures existantes, les rapports des contrôles de la DSV, les retraits et rappels des produits, les fiches d'anomalies du service ou en relation avec le service cuisine, les réclamations, remarques des résidents et des familles. A ce titre la Directrice de la maison de retraite s'est engagée dans la mise en place de fiches ou d'un recueil des évènements indésirables à destination des résidents et des familles.

L'enjeu pour les acteurs est de décider des actions correctives à mener, de prévoir un plan d'actions et de déterminer de nouveaux objectifs.

Il convient de faire un compte rendu de réunion reprenant notamment les objectifs à atteindre pour le diffuser à l'équipe cuisine et pour prouver, là aussi, que le PMS a été vérifié.

Il est fondamental de s'évaluer pour avancer et s'améliorer personnellement et collectivement au service de la sécurité alimentaire, il faut mesurer la qualité et déterminer des objectifs pour poursuivre l'engagement. L'ensemble des acteurs concernés doit pouvoir participer à l'évaluation : des professionnels aux résidents, au travers des fiches d'évènement indésirable ou des instances par exemple. Ce doit être une démarche participative impulsée et coordonnée par le Directeur, qui en est le garant.

En second lieu, l'évaluation est indirectement liée aux autorités de contrôle.

En effet, dans la note de service destinée aux modalités des inspections opérées par les services vétérinaires³¹, il est précisé que « il [l'exploitant] devra apporter la preuve que ce système [de sécurité] est effectivement pertinent. Le contrôle aura pour objectif de vérifier que les obligations de résultats sont atteintes (exemple : « un éclairage suffisant », « des vestiaires adéquats »...). » [...] « Ainsi lorsqu'il réalise son inspection, l'inspecteur devra :

- vérifier que le PMS comporte bien tous les éléments cités dans les règlements (plan HACCP, plan de nettoyage et désinfection, plan de lutte contre les nuisibles...). La grille générale d'inspection reprend l'ensemble de ces éléments ;
- vérifier l'apport de preuves justifiant le PMS (justification du choix des dangers et des mesures de maîtrise) ;
- vérifier que le professionnel applique son PMS en réalisant un audit. »

En outre, il est prévu que l'agrément pourrait être suspendu ou retiré « en cas de manquement à des conditions sanitaires ou en l'absence d'actualisation du plan de maîtrise »³².

Enfin il faut se rendre à l'évidence : l'évaluation est entrée dans les EHPAD avec la réforme de la tarification, c'est aujourd'hui un levier d'action important pour le Directeur. Si les autorités contrôlent les établissements et allouent des crédits, notamment sur la base de résultats d'évaluations, il est logique que l'établissement qui dispose de financements insuffisants, notamment pour assurer la sécurité des aliments, puisse se fonder sur des évaluations pour le prouver. C'est un moyen de négociation intéressant, que le Directeur se doit de ne pas négliger, compte tenu des répercussions négatives qu'engendrent, sur la prise en charge des résidents, des financements et des moyens trop faibles.

³¹ Note de Service, DGAL/SDSSA/N2006-8138, du 07 juin 2006, objet : Inspection du plan HACCP dans le cadre du contrôle officiel du plan de maîtrise sanitaire d'un établissement du secteur alimentaire, hors production primaire.

³² 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, paru au journal officiel le 8 août 2006, Titre II, article 5.

3.3.2 Les perspectives à long terme

En cas de modification importante tels qu'un changement du process de fabrication, l'utilisation d'un nouveau produit ou un changement de matériel, le PMS devra impérativement être actualisé par la maison de retraite.

En ce qui concerne l'agrément communautaire sanitaire, la maison de retraite n'en dispose pas car il n'y a pas de livraisons à un autre établissement ou de transport de denrées transformées dans la cuisine (type portage à domicile). Cependant la possibilité d'activité de portage à domicile et de livraison à un autre établissement proche a été évoquée, succinctement, durant mon stage.

Mais ce n'est pour le moment pas d'actualité, et la question a été laissée en suspens.

Malgré tout, et dans le contexte actuel de mutualisation des moyens et d'augmentation des besoins face au développement du maintien à domicile, cette question peut revenir à tout moment et peut devenir une issue largement plausible pour la maison de retraite.

L'obtention d'un agrément sanitaire n'est obligatoire que pour les cuisines centrales qui livrent totalement ou partiellement leur production. Il existe des dérogations pour les cuisines centrales, caractérisées par trois critères cumulatifs :

- une activité de livraison inférieure à 30 % de l'activité totale ;
- un maximum de 150 ou 400 repas livrés/semaine (fonction de la taille de la cuisine) ;
- dans un rayon de moins de 80 kms.

Il convient de connaître cette réglementation qui pourrait permettre à l'établissement d'avoir cette activité, tout en ne réengageant pas le personnel dans la constitution d'un dossier d'agrément, qui impose des lourdeurs administratives et un temps non négligeable.

En outre, il faut considérer que ce dossier d'agrément doit être actualisé et une demande doit de nouveau être déposée après toute modification importante des locaux, de leur aménagement, de leur équipement, de leur affectation ou du niveau d'activité. La demande doit être renouvelée lorsque la manipulation d'une catégorie de produit ou la nature de l'activité ne figure pas sur la liste initiale. Cette déclaration doit être actualisée à tout moment pour des modifications importantes concernant les repas cédés, leurs quantités et les établissements destinataires.

Ainsi dans l'éventualité où la maison de retraite décide de s'engager dans des activités supplémentaires de portage de repas à domicile, elle doit considérer ces aspects. Il faut évaluer la possibilité matérielle de s'engager dans une telle démarche. L'évaluation

portera alors sur les moyens matériels, humains, et financiers à mobiliser pour ce changement (personnel supplémentaire, frais liés à la livraison, achat ou location de transport, charge de travail supplémentaire avec les enregistrements et contrôles à effectuer, l'inscription de l'agrément sanitaire sur tous les documents et plats livrés...).

En outre le demi poste supplémentaire en 2011 conduira à une modification de l'organisation du service cuisine, et amènera à revoir les procédures du PMS. Il faudra anticiper cette charge de travail administratif essentiellement.

De manière plus générale, il appartient au Directeur dans les structures de taille moyenne de se tenir informé des évolutions réglementaires et législatives relatives à la sécurité alimentaire, et notamment pour l'application du PMS qui relève d'une situation réglementaire pas encore totalement figée. Il manque en effet certains arrêtés d'application du Paquet Hygiène, et il y a aussi des dispositions dénoncées pour leur impossibilité d'application en pratique, voire leurs paradoxes.

Les dispositions réglementaires resteront certainement aussi strictes dans leurs obligations de résultat face aux crises alimentaires qui se succèdent, mais tendront de plus en plus à ne plus disposer d'aucune obligation de moyens, qui peuvent aller à l'encontre d'autres orientations des politiques publiques. Il semble en aller ainsi du suivi médical spécial des agents manipulant des denrées alimentaires.

Dans les questions au Gouvernement³³, Mr Jardé a attiré l'attention de Mme La Ministre de la santé, sur les conséquences de l'arrêté du 10 mars 1977 qui précise que les salariés qui manipulent des denrées alimentaires tels que les professionnels de la cuisine, doivent bénéficier d'un examen médical à l'embauche et d'un suivi médical spécial. *« Ces examens ont pour but de rechercher l'absence d'affection dangereuse pour les autres travailleurs et de s'assurer que les salariés sont aptes à exercer leur travail. A l'heure de la restriction de la prescription des antibiotiques et du déficit chronique de l'assurance maladie, les consultations médicales et les éventuels traitements suite à la découverte de staphylocoques dans le rhinopharynx et les fosses nasales ou encore de streptocoque hémolytique dans le rhinopharynx ont un coût extrêmement important. Cette excessive recherche d'une extermination bactériologique chez les porteurs sains est dangereuse et*

³³ Question N° : 29586 de M. Jardé Olivier (Nouveau Centre - Somme), Rubrique : travail, Tête d'analyse : hygiène, Analyse : manipulation de denrées alimentaires. Réglementation - Question publiée au JO le : 12/08/2008, page : 6892 - Réponse publiée au JO le : 04/11/2008, page : 9620. Disponible sur Internet [visité le 15/08/2009] : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-29586QE.htm>.

peut entraîner des effets secondaires tels que rendre les germes plus virulents et donc résistants. ».

Le gouvernement a répondu à cette question dans ces termes : « En partenariat avec l'Institut de veille sanitaire, le Gouvernement envisage une suppression ou une refonte de cet arrêté afin de réactualiser la liste des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance. Cette refonte prendra également en compte les obligations issues de l'application du règlement européen paquet hygiène. Aujourd'hui, chacun s'accorde sur le fait que la multiplication des analyses biologiques n'est pas un gage de sécurité, ni pour les personnels, ni pour les consommateurs, et les comparaisons avec les méthodes suivies dans les autres pays montrent que le guide de bonnes pratiques est la solution la plus souvent adoptée. ».

Les dispositions obligatoires du PMS seront donc certainement amenées à évoluer prochainement, simplifiant quelque peu l'application de la sécurité des aliments, face à la réalité de fonctionnement et aux choix institutionnels des EHPAD. Mais actuellement les Directeurs doivent appliquer l'intégralité des dispositions du Paquet Hygiène, en garantissant à la fois la sécurité et la qualité du service offert aux résidents, et en accompagnant les agents dans ce changement devenu incontournable dans le secteur institutionnel médico-social, face aux risques alimentaires existants.

Conclusion

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la sécurité est un élément qui ne peut pas être laissé au hasard et qui doit être garanti aux résidents. C'est d'autant plus le cas lorsque cette sécurité touche à une prestation particulièrement appréciée et symbolique pour les résidents.

La prestation restauration a fait un grand pas en termes de qualité ces dernières décennies et elle doit désormais cohabiter avec les impératifs de sécurité alimentaire.

Les TIAC sont malheureusement des réalités, parfois désastreuses, dans les EHPAD. Les risques alimentaires existent : il appartient au Directeur de mettre en œuvre les actions nécessaires pour les prévenir, en appliquant les obligations réglementaires qui s'imposent aujourd'hui.

Et dans le contexte actuel, la sécurité des aliments doit être garantie par chaque acteur. A défaut de contrôles irréalisables sur tous les produits, le principe de précaution est mis en avant et la responsabilité de chaque professionnel est engagée.

Les autorités imposent à tous les acteurs de la chaîne alimentaire, y compris aux EHPAD, depuis le 1^{er} janvier 2006, de mettre en place leur PMS. Les modalités d'application et la technicité des dispositions font que les EHPAD de taille modeste commencent tout juste à l'élaborer.

Le Directeur d'EHPAD doit veiller à impulser et accompagner les changements et les questionnements qu'implique cette démarche projet. La réglementation Paquet Hygiène impose des modifications de fonctionnement, de méthodes de travail différentes et de formalisation des procédures substantielles.. C'est un véritable enjeu car le Directeur doit accorder une place importante à cet outil qui modifie les pratiques professionnelles des cuisiniers et qui interroge l'institution sur les aspects qualitatifs et sécuritaires de la restauration en établissement.

On ne peut ignorer la fonction de l'activité restauration en EHPAD : il s'agit avant tout de faire du repas un moment de plaisir et de convivialité, et d'apporter aux résidents une qualité de service et une nutrition adaptée en matière de régimes alimentaires, le cas échéant.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire d'établir un équilibre entre la qualité sécuritaire et la qualité liée à la liberté des résidents et aux choix institutionnels.

La finalité doit rester la qualité globale du service offert aux résidents et l'ensemble des choix opérés par le Directeur doit s'appuyer sur cette conviction.

Sources et bibliographie

OUVRAGES :

COSSON C., mai 2002, *Sécurité et vigilance alimentaires à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, 274 p.

FERRY M., ALIX E., BROCKER P., et al., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, 3e édition, Paris : Masson, 303 p.

JOUVE J-L., 1996, *La qualité microbiologique des aliments, Maîtrise et critères*, 2è édition, Paris : Centre National d'Etudes et de Recommandations sur la Nutrition et l'Alimentation – CNRS, 563 p.

MEAH, 2006, *Organisation de la fonction restauration à l'hôpital – Retours d'expériences*, Paris : MEAH – groupe Berger-Levrault, 191 p.

MOLL M., MOLL N., 2008, *Précis des risques alimentaires*, 2è édition, Paris : Tec & Doc, 604 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

GIRARD D., Mai-juin 2008, « Qualité de l'alimentation et alimentation de qualité dans les centres hospitaliers », in *Techniques Hospitalières*, n° 709, pp. 81-85.

GROSJEAN I., Décembre 2007, « Plan de Maîtrise Sanitaire et HACCP en restauration hospitalière », in *Hygiènes*, vol. XV, n° 4, pp. 289-295.

TERMENS J., Décembre 2007, « La fonction alimentation à l'hôpital », in *Hygiènes*, vol. XV, n° 4, pp. 284-287.

MEMOIRES, SEMINAIRES :

ANGOT J-L., BERTRAND J-M., 1998, *La sécurité sanitaire des produits alimentaires*, Séminaire d'Administration comparée, Ecole Nationale d'Administration, p.3.

RAPPORTS OFFICIELS :

SAUNIER C., « *L'application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme* », Les rapports de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, N° 85, 2004/2005, déposé le 15 février 2005, disponible sur Internet [visité le 03/07/2009] : <http://www.senat.fr/rap/r04-185/r04-1850.html>.

TEXTES OFFICIELS :

- Textes nationaux :

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. Arrêté du 10 mars 1977 relatif à l'état de santé et l'hygiène du personnel appelé à manipuler les denrées animales ou d'origine animale. Journal Officiel du 31/03/77.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE. Arrêté du 08 juin 2006 relatif à l'agrément ou à l'autorisation des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale, Journal Officiel n°182 du 8 août 2006, page 11816.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE, MINISTÈRE DE LA DÉFENSE. Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. Journal Officiel n°247 du 23 octobre 1997 page 15437.

- Textes communautaires :

RÈGLEMENT CE n° 178/2002 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires. Journal Officiel des Communautés Européennes, L 31/1 à L 31/24 du 01 février 2002.

RÈGLEMENT CE n°852/2004 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires. Journal Officiel de l' Union Européenne, L 139 du 30 avril 2004.

RÈGLEMENT (CE) No 853/2004 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 29 avril 2004 fixant des règles spécifiques d' hygiène applicables aux denrées alimentaires d' origine animale. Journal Officiel de l' Union Européenne L 139 du 30 avril 2004.

RÈGLEMENT CE n°882/2004 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 29 avril 2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux. Journal Officiel de l' Union Européenne L 165 du 30 avril 2004.

RÈGLEMENT CE n°2073/2005 DE LA COMMISSION du 15 novembre 2005 concernant les critères microbiologiques applicables aux denrées alimentaires. Journal Officiel de l' Union Européenne, L 338 du 22 décembre 2005.

AVIS :

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, Avis n° 53, 15 décembre 2005, *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*, [visité le : 07 juillet 2009], disponible sur Internet : http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cna_53.pdf

SITE INTERNET :

www.afssa.fr

www.efsa.europa.eu

agriculture.gouv.fr

www.inra.fr

www.la-cuisine-collective.fr

Glossaire

Analyse des dangers ou premier principe de l'HACCP:

Démarche consistant à évaluer les risques et dangers de chaque action effectuée en cuisine, pour définir les BPH qui permettent de les maîtriser, puis pour cibler les CCP (action présentant des risques importants non maîtrisés par une BPH).

Bonnes pratiques d'hygiène :

Ensemble des actions et opérations destinées à garantir l'hygiène des aliments. Elles sont caractérisées par des règles fondamentales de manipulation, de stockage ou de transformation des aliments, et par certaines dispositions réglementaires. Les conséquences pour le produit fini ne sont pas toujours mesurables mais leur efficacité est souvent prouvée et fait l'objet d'un consensus des professionnels.

CCP : Point critique de Maîtrise (littéralement : Critical Control Point). :

Etape du processus de fabrication ou de restauration dont l'absence de maîtrise ne permet plus de garantir la sécurité du résident, et pour laquelle il n'existe pas de BPH capable de maîtriser ce risque.

Un CCP est obligatoirement mesurable ou quantifiable, car il faut déterminer des seuils critiques (des valeurs maximales) à partir desquelles l'établissement estimera que le risque est trop important pour la santé du résident et les mesures correctives seront déclenchées.

Exemple : un CCP courant est le refroidissement des aliments venant d'être cuits.

Certaines variations de températures induisent en effet l'existence potentielle d'un risque. Ainsi, un aliment qui a été cuit (température supérieure à 63°C en fin de cuisson) mais qui est destiné à être consommé froid, doit être redescendu en température.

La réglementation, basée sur des analyses de risques, impose un passage de 63°C à 10°C en moins d'une heure : en effet les zones de températures tièdes sont des zones très dangereuses car très favorables au développement des germes, à la régénération des spores (résistance à certaines bactéries). Le risque de TIAC est donc lui aussi maximal si ce couple temps - température n'est pas respecté.

Le fait de définir des CCP (ici le refroidissement) impose à l'établissement de surveiller strictement chacune de ces actions, en relevant les températures en début et fin de cuisson, en prévoyant des seuils limites de températures pour lesquels des mesures

correctives doivent être mises place. Il faut donc que l'établissement définisse des mesures correctives, et des vérifications de l'efficacité de la mesure corrective.

Tout ceci est contrôlé par la DSV lors des visites d'inspection.

C'est l'établissement qui définit ses CCP, à partir de l'analyse des risques qu'elle a effectuée. Il n'y a pas de nombre minimal ou maximal, les professionnels du Paquet Hygiène estiment que trois ou quatre CCP sont une bonne moyenne. Un nombre plus élevé ne garantirait pas une bonne surveillance par l'établissement.

Danger :

Tout facteur chimique, microbiologique ou physique pouvant entraîner un risque pour la santé du consommateur et nuisant à la qualité du produit.

Épizooties :

Maladie frappant des animaux et se transformant en zoonose en cas de transmission à l'homme.

HACCP : Analyse des risques pour la maîtrise des points critiques (littéralement : Hazard Analysis Critical Control Point). Voir annexe II.

Système qui permet d'identifier, d'analyser, et de maîtriser les dangers microbiologiques, physiques et chimiques liés à la sécurité des aliments.

Hygiène des aliments :

Ensemble des mesures et des conditions nécessaires pour aboutir à la maîtrise des dangers et garantir le caractère sain des denrées servies aux résidents.

Plan de Maîtrise Sanitaire :

Mesures prises par l'établissement pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire de ses productions vis à vis des dangers biologiques, physiques et chimiques. Il comprend les éléments nécessaires à la mise en place et les preuves de l'application :

- des bonnes pratiques d'hygiène
- du plan HACCP fondé sur les 7 principes
- de la gestion des produits non conformes et de la traçabilité.

Plan HACCP :

Plan d'analyse des dangers et des points critiques pour leur maîtrise.

Risque :

Il résulte de la présence d'un danger, mesuré en fréquence et en gravité. En d'autres termes, il s'agit de hiérarchiser les dangers selon les conséquences qu'ils vont avoir et la probabilité que ce danger survienne.

Salubrité des aliments :

Elle est représentée par le caractère sain des aliments, qui sont à un niveau d'hygiène convenable pour la consommation humaine, lorsqu'ils sont consommés conformément à l'usage auquel ils sont destinés.

Sécurité sanitaire des aliments :

Assurance que les aliments ne causeront pas de dommage au consommateur quand ils sont préparés et/ou consommés conformément à l'usage auquel ils sont destinés.

Toxine :

Substance élaborée par un organisme vivant (par exemple, une bactérie ou un virus) auquel elle confère son pouvoir pathogène, c'est-à-dire sa capacité à provoquer un trouble chez les individus.

Traçabilité :

Système permettant de retracer, à travers tous les étapes de la production, de la transformation et de la distribution, le cheminement d'une denrée alimentaire ou d'une substance destinée à être incorporée ou susceptible d'être incorporée dans une denrée alimentaire destinée à la consommation.

Le but de ce système est de garder trace de la « vie » du produit, de son fournisseur, des étapes de transformation qu'elle a subies, afin d'intervenir rapidement et efficacement en cas de crise sur un produit alimentaire.

Il y a quelques années un EHPAD avait signalé aux autorités des cas de TIAC, et après analyse des échantillons témoins et du système de traçabilité de l'établissement, les autorités ont déclenché une alerte sur des lots de curry. Les établissements susceptibles d'en avoir à disposition, retrouvés grâce à la traçabilité du fournisseur, ont été prévenus pour le retirer du circuit.

Liste des annexes

ANNEXE I : Plan du PMS élaboré au sein de la Maison de Retraite de La Bouëxière.

ANNEXE II : L'HACCP : Fiche explicative.

ANNEXE III : Les principaux germes responsables de TIAC.

ANNEXE IV : Grille d'entretien.

ANNEXE V : Grille d'analyse des entretiens.

ANNEXE I

PLAN DU PMS DE LA MAISON DE RETRAITE DE LA BOUËXIÈRE

1 - Les documents relatifs aux BPH

1.1 – Le personnel :

- Fiche de postes
- Plan de travail quotidien par postes
- Protocole Tenue vestimentaire (description, entretien, stockage)
- Protocole conduite à tenir en cas d'AES
- Instruction relative à l'état de santé
- Plan de formation pluriannuel
- La formation interne: procédure d'intégration à l'embauche et support de formation.
- Livret d'accueil du nouvel agent

1.2 - La maintenance :

- Procédure de maintenance des locaux et du matériel de cuisine
- Fiches de maintenance des petits matériels
- Procédure d'étalonnage des thermomètres

1.3 - Les mesures d'hygiène avant, pendant et après la production

- Procédure de lavage des mains et de port des gants à usage unique
- Plans de nettoyage
- Instructions d'hygiène avant, pendant et après la production
- Procédure de nettoyage du local poubelle
- Protocole de gestion des restes alimentaires
- Protocole de gestion des denrées entamées

1.4 - La lutte contre les nuisibles :

- Plan de l'établissement avec emplacement à jour des pièges
- Procédure de dératisation / désinsectisation
- Fiche de contrôle dératisation / désinsectisation
- Fiches techniques des produits utilisés

1.5 -L'approvisionnement en eau :

- Protocole de maintenance et d'entretien du réseau d'eau
- Présentation du réseau d'eau

1.6 - La maîtrise des températures :

- Description du système de surveillance des températures (locaux et denrées)
- Fiches de contrôle de maîtrise des températures : à réception, au stockage, au refroidissement, à la remise en température, au maintien en température.

1.7 - Le contrôle de la réception :

- Procédure de contrôle à réception
- Cahier des charges fournisseur
- Fiche de contrôle à réception de produits frais et surgelés

2 - Les documents relatifs au plan HACCP

2.1 – Le champ d'application de la démarche HACCP :

- Les 7 diagrammes de fabrication par famille de produits (potage - cuidités / crudités / charcuterie / poisson / viande / pâtisseries - tartes salées et sucrées / eau gélifiée)
- Les protocoles des étapes HACCP :
Achat de marchandises ; Gestion des stocks ; Contrôle à réception ; Stockage des marchandises ; Déconditionnement ; Préparations froides ; Cuisson ; Préparation pâtisseries ; Conditionnement ; Refroidissement ; Remise en température ; Produits mixés ; Distribution des repas en salle à manger ; Ateliers cuisine ; Pique nique.

2.2 – L'analyse des dangers :

- Tableau d'analyse des dangers par étape de fabrication

2.3 – Les documents relatifs aux CCP :

- Liste des CCP numérotés et justification dans le tableau d'analyse des dangers
- Instruction process pour chaque CCP avec : les limites critiques, les modalités de surveillance, un support d'enregistrement, les actions correctives.

3 - Les documents relatifs à la traçabilité

3.1 – La traçabilité

- La description du système de traçabilité
- Fiche de traçabilité des produits utilisés

3.2 – La gestion des événements indésirables :

- Fiche d'enregistrement des anomalies
- Procédure d'enregistrement des anomalies

3.3 – La gestion des alertes :

- Procédure de gestion des alertes
- Fiche et protocole de retour d'information (alerte externe)
- Fiche et protocole de notification d'alerte (alerte interne).

4- Les documents relatifs au suivi du PMS

4.1 - L'audit

- Procédure d'audit

4.2 – La Revue de Direction

- Procédure de Revue de Direction.

ANNEXE II

L'HACCP : FICHE EXPLICATIVE.

DEFINITION ET OBJECTIFS³⁴ :

Définition de la Fédération Européenne de Restauration Collective : "La méthode HACCP est une approche systématique d'identification, de localisation, d'évaluation et de maîtrise des risques potentiels en matière de salubrité des denrées dans la chaîne alimentaire."

La démarche HACCP est une méthode préventive visant à maîtriser les dangers pouvant survenir au cours d'un processus.

Elle est tout particulièrement adaptée pour assurer la sécurité alimentaire en cuisine centrale, mais elle est également utilisée dans d'autres secteurs logistiques (blanchisserie, déchets).

C'est une méthode qui s'appuie sur l'adage « mieux vaut prévenir que guérir ». Elle a été formulée dans les années 60 par la Société agroalimentaire Pillsbury, l'armée américaine et la NASA, dans le cadre d'une collaboration pour la création d'un système de production d'aliments salubres pour le programme spatial. La NASA voulait qu'un programme « zéro défaut » soit mis au point pour garantir la sécurité alimentaire de ses astronautes. En 1971, lors d'une conférence sur la protection des aliments, la Société Pillsbury présente les principes HACCP.³⁵

En 1985, l'Académie nationale des sciences des États-Unis établit que l'approche HACCP constitue la base de l'assurance de la sécurité sanitaire des aliments dans l'industrie alimentaire.

CADRE REGLEMENTAIRE³⁶ :

La démarche HACCP permettait de satisfaire à l'obligation de résultat imposée par l'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

*Article 5 : « Pour établir la nature et la périodicité des autocontrôles, ils [les exploitants] doivent identifier (...) en se fondant sur les principes utilisés pour développer le **système dit HACCP** » .*

³⁴ Guide Technique d'Hygiène Hospitalière. 2004 Page 1 / 5 C.CLIN Sud-Est . Fiche n° 5.01

³⁵ Disponible sur : <http://www.fao.org/DOCREP/005/W8088F/w8088f23.htm>

³⁶ Disponible sur : http://www.haccp-guide.fr/reglementation_haccp.htm

L'utilisation de la démarche HACCP a donc un caractère fortement recommandé, voire obligatoire, qui a été confirmé par le Paquet Hygiène, dans le sens où elle est la méthode la plus efficace pour parvenir à la maîtrise des risques. Cependant la nouvelle réglementation européenne est basée sur l'obligation de résultat et non de moyens. Ainsi si un établissement trouve une méthode plus efficace, elle peut l'utiliser uniquement si elle prouve ce surplus d'efficacité.

Il demeure que c'est la méthode reconnue par les textes réglementaires en matière de sécurité alimentaire.

Extrait du Règlement CE 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires :

*« Article 5 – Analyse des dangers et maîtrise des points critiques - Les exploitants du secteur alimentaire mettent en place, appliquent et maintiennent une ou plusieurs procédures permanentes fondées sur les **principes HACCP**. »*

*«Annexe II, Chapitre XVII - Formation - Les exploitants du secteur alimentaire doivent veiller : (...) à ce que les personnes responsables de la mise au point et du maintien de la procédure visée à l'article 5, paragraphe 1, du présent règlement, ou de la mise en oeuvre des guides pertinents dans leur entreprise aient reçu la formation appropriée en ce qui concerne **l'application des principes HACCP**; (...) »*

Afin d'appliquer une application uniforme de la méthode HACCP dans les divers pays du monde, un groupe de travail spécialisé, réuni sous l'égide du Codex Alimentarius, a tenté d'identifier les principes de bases de cette méthode et a proposé une méthodologie pour leur application.

LES 7 PRINCIPES DE L'HACCP³⁷ :

Ils sont décrits à l'article 5 de l'arrêté du 29 septembre 1997 et au chapitre II - article 5 du règlement CE n° 852/2004.

Principe 1. Analyse des dangers existants en cuisine : analyser et évaluer les risques alimentaires potentiels de chaque opération, et mettre en évidence les niveaux et moments (les "points") de l'opération où des risques alimentaires peuvent se présenter. Pour chacun des risques alimentaires potentiels qui sont mis en évidence, des mesures préventives relevant des BPH sont mises en oeuvre.

³⁷ GBPH de la restauration collective à caractère social, S.BAYNAUD aux adhérents de l'ACEHF, en cours de validation auprès du Comité d'Hygiène Publique de France, p.11

Principe 2. Détermination des CCP : établir lesquels de ces points sont critiques pour la salubrité des aliments (les « points critiques » pour lesquels aucune BPH ne permet de maîtriser le risque) ;

Principe 3. Etablir les limites critiques pour chaque CCP : définir le seuil maximal, qui représente la valeur servant à distinguer un produit acceptable d'un produit inacceptable ;

Principe 4. Etablir un système de surveillance pour chaque CCP : définir et mettre en oeuvre, au niveau de chacun de ces points critiques des procédures de contrôle permettant d'assurer de leur maîtrise effective ;

Principe 5. Etablir des mesures correctives : définir les actions correctives à mettre en oeuvre lorsqu'un contrôle révèle qu'un point critique n'est plus maîtrisé ou n'a pas été maîtrisé à un moment donné ;

Principe 6. Etablir des procédures de vérification : définir et mettre en oeuvre des procédures spécifiques de vérification ou de suivi de l'efficacité de l'ensemble des procédures ainsi mises en place ;

Principe 7. Etablir un système d'enregistrement et de documentation : revoir périodiquement, et à chaque modification de l'opération étudiée, l'analyse des risques alimentaires, les points critiques ainsi que leurs procédures de vérification et de suivi.

Chaque fois que le produit, le procédé ou l'une des étapes subissent une modification, la procédure doit être revue pour y apporter les changements requis.

UNE METHODOLOGIE PROPOSEE EN 12 ETAPES³⁸ :

Afin de mettre en place ces principes HACCP, des lignes directrices facilitant la démarche des établissements ont été proposées. Ce sont des étapes de méthodologie générales, qui doivent être adaptées et complétées, selon les situations.

Les étapes :

1. Réunir une équipe pluridisciplinaire ;
2. Décrire le produit ;
3. Identifier l'utilisation attendue ;
4. Construire un diagramme de fabrication (description des conditions de fabrication) ;
5. Confirmer sur place le diagrammes de fabrication ;
6. Dresser la liste des dangers associés à chaque étape, conduire une analyse de ces dangers et considérer toutes mesures permettant de les maîtriser (principe 1) ;

³⁸ JOUVE J-L., 1996, *La qualité microbiologique des aliments, Maîtrise et critères*, 2è édition, Paris : Centre National d'Etudes et de Recommandations sur la Nutrition et l'Alimentation – CNRS, p.29.

7. Déterminer les points critiques pour la maîtrise = les CCP (principe 2) ;
8. Etablir des limites critiques de chaque CCP (principe 3) ;
9. Etablir un système de surveillance (principe 4) ;
10. Etablir un plan d'actions correctives (principe 5) ;
11. Etablir des procédures pour la vérification (principe 6) ;
12. Etablir la documentation (principe 7).

RESPONSABILITÉS :

Le directeur d'EHPAD est chargé de la mise en oeuvre de la démarche de maîtrise des risques.

Article 14 du Règlement CE n° 178/2002 du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire : « *Les exploitants du secteur alimentaire et du secteur de l'alimentation animale veillent, à toutes les étapes de la production, de la transformation et de la distribution dans les entreprises placées sous leur contrôle, à ce que les denrées alimentaires ou les aliments pour animaux répondent aux prescriptions de la législation alimentaire applicables à leurs activités et vérifient le respect de ces prescriptions* ».

La Direction Départementale des Services Vétérinaires (DDSV) contrôle l'effectivité de l'existence et de l'application de la démarche HACCP en établissement. Elle vérifie le système documentaire et l'organisation pratique de la fonction cuisine (locaux, circuit, stockage...).

C'est aussi la DDSV qui délivre l'éventuel agrément sanitaire communautaire aux cuisines centrales.

Article 15 du Règlement CE n° 178/2002 du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire : « Les États membres assurent l'application de la législation alimentaire; ils contrôlent et vérifient le respect par les exploitants du secteur alimentaire et du secteur de l'alimentation animale des prescriptions applicables de la législation alimentaire à toutes les étapes de la production, de la transformation et de la distribution ».

ANNEXE III

LES PRINCIPAUX GERMES RESPONSABLES DE TIAC³⁹

Germes	Origine	Conditions propices	Aliments concernés	Modes de contamination	Seuil d'infection
Salmonelles	Volailles; œufs; homme (porteur sain ou atteint de troubles digestifs)	5 à 45 ° C; mésophile * ; aérobie**.	Volailles, œufs et plats en comportant (mousse au chocolat, crèmes, etc.) ; viandes ; poissons ; produits manipulés.	Mains ; mauvaise hygiène du matériel et du personnel.	<10 germes/g d'aliment
Staphylocoque doré	Homme (porteur sain ou plaie infectée et diarrhée ou bronchite)	6,5 à 45,5 ° C; mésophile ; aérobie	Produits manipulés ; œufs ou lait et plats les comportant ; charcuteries	Mains ; air ; mauvaise hygiène du matériel ; insectes	100 000 germes/g d'aliment
Clostridium perfringens	Terre via les végétaux	15 à 50 ° C; thermophile** ; anaérobie****.	Sauces ; plats en sauce; soupes	Mains; légumes mal lavés	100 000 germes/g d'aliment et ingestion de 200 g d'aliment
Listéria monocytogène	Végétaux	2° C et plus ; psychrophile*** ** ; aérobie.	Charcuteries ; viandes ; légumes ; fromages	Mains ; légumes mal lavés ; mauvaise hygiène du matériel, notamment des chambres froides.	+/- 100 000 germes/g d'aliment
Clostridium botulinum	Terre via les végétaux	14 à 37 ° C ; mésophile ; anaérobie.	Charcuteries ; viandes (surtout sous vide) ; conserves ; plats cuisinés ; poissons	Boîtes de conserve abîmées ; peut également être présent dans d'autres aliments	Présence

* Mésophile : Organisme qui croît dans des conditions de température modérée, entre 5 et 65 °C généralement.

**Aérobie : Organisme qui se développe favorablement dans l'air ambiant et plus particulièrement dans un milieu saturé en oxygène.

***Thermophile : Organisme qui a besoin de température élevée pour vivre et se développer.

**** Anaérobie : Organisme qui n'a pas besoin d'air ou d'oxygène pour vivre et se développer.

*****Psychrophile : Organisme capable de survivre à des températures froides.

³⁹ Disponible sur : <http://www.ac-orleans-tours.fr/difor-haccp/>

ANNEXE IV

GRILLE D'ENTRETIEN

A destination des cuisiniers et des responsables cuisine. Cette grille a été utilisée et adaptée pour les entretiens avec les directeurs d'établissements, et pour un inspecteur de la Direction des Services Vétérinaires.

1 – Connaissez-vous le Paquet Hygiène ? OUI

NON

Si oui, que pouvez-vous me dire dessus.

2 – Considérez-vous que la sécurité alimentaire en EHPAD est un élément indispensable ?
Pourquoi ?

3 – Comment définiriez-vous la sécurité alimentaire en EHPAD, par quoi se caractérise t-elle selon vous ?
Pensez-vous l'assurer pleinement au sein de l'établissement ?

4 – Le PMS est obligatoire en restauration collective. Il va être mis en place prochainement au sein de la Maison de Retraite. Que pensez-vous de cet outil ?

5 - Pensez-vous que cet outil est utile ? OUI

NON

Pourquoi ?

ANNEXE V

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Thèmes - Sous thèmes	<u>THEME 1</u> L'importance et la nécessité de la sécurité alimentaire en EHPAD	<u>THEME 2</u> Les limites de l'obligation formalisée via le Plan de Maîtrise Sanitaire		<u>THEME 3</u> Le changement des pratiques de travail en cuisine	<u>THEME 4</u> La mise en oeuvre du PMS : un enjeu de la Direction
		<u>SOUS THEME 1</u> Lourdeur administrative du PMS et technicité de la norme	<u>SOUS THEME 2</u> Sentiment de perte de qualité		
Personnes interviewées					
RESP. CUISINE établissement 1					
CUISINIER établissement 1					
RESP. CUISINE établissement 2					
RESP. CUISINE établissement 3					
DIRECTION établissement 1					
DIRECTION établissement 2					
DIRECTION établissement 3				/	
Inspecteur DSV					/