



EHESP

Directeurs d'hôpital

Promotion : **2011 - 2013**

Date du Jury : **décembre 2012**

**Mettre en place une restauration
hospitalière optimale : que choisir entre
internalisation et externalisation?**

Georges-Henri LION

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce au concours de nombreuses personnes. Je souhaite ici particulièrement remercier :

Monsieur Bruno GALLET, mon encadrant mémoire, directeur du Pôle Patrimoine, prévention, achats et logistique du Groupement hospitalier Eaubonne – Montmorency

Madame Sophie MARCHANDET, ma maîtresse de stage, directrice du Pôle Qualité et prestations hôtelières au Centre hospitalier intercommunal de Montreuil

L'équipe de direction du Centre hospitalier de Montreuil, et notamment sa Directrice, Madame Michèle DAMON

Madame Aline COUDRAY, directrice des Services économiques et logistiques du Centre hospitalier de Gonesse

Monsieur Jean-Noël DUCLOS, responsable de la restauration du Centre hospitalier de Montreuil

Monsieur Romain DUVERNOIS, directeur des Travaux et des services économiques au Centre hospitalier des Quinze-Vingts

Monsieur Francis DYON, responsable de la restauration du Groupement hospitalier Eaubonne – Montmorency

Monsieur Frédéric HERBILLON, responsable de la restauration du Centre hospitalier des Quinze-Vingts

Monsieur Patrick SAVARY, cadre de la restauration du Centre hospitalier de Montreuil

Sommaire

Introduction	1
1 LA RESTAURATION HOSPITALIERE EST MARQUEE PAR UNE FORTE INTERNALISATION, A L'INSTAR DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTREUIL.....	11
1.1 La situation générale des hôpitaux vis-à-vis de la restauration : l'internalisation fortement majoritaire.....	11
1.1.1 Les modes de gestion de la restauration.....	11
1.1.2 Le marché de la restauration hospitalière.....	11
1.1.3 Les acteurs de la régie directe	13
1.1.4 Les acteurs de la gestion déléguée	14
1.2 L'équation d'une restauration en interne : le cas de Montreuil.....	15
1.2.1 Présentation du Centre hospitalier intercommunal de Montreuil.....	15
1.2.2 Moyens à la disposition du service restauration	16
1.2.3 Production du service de restauration	17
1.2.4 Sécurité sanitaire	17
2 FACTEURS DETERMINANT LE CHOIX ENTRE INTERNALISATION ET EXTERNALISATION DE LA RESTAURATION HOSPITALIERE.....	19
2.1 Les raisons de choisir l'internalisation	19
2.1.1 Les avantages de l'internalisation	19
2.1.2 Déterminants de l'internalisation a contrario.....	20
2.2 Les facteurs décisionnels de l'externalisation.....	21
2.2.1 Avantages de l'externalisation.....	21
2.2.2 Déterminants a contrario de l'externalisation.....	24
3 L'OFFRE DE RESTAURATION EXTERNALISEE S'EST DIVERSIFIEE SANS EVITER DES ECUEILS FREQUENTS POUR LES CENTRES HOSPITALIERS.....	27
3.1 La pratique de l'externalisation s'est fortement diversifiée, en collaboration avec les sociétés de restauration collective et l'industrie agroalimentaire.....	27
3.1.1 Les trois types traditionnels d'externalisation	27
3.1.2 Les différents niveaux d'externalisation.....	28
3.1.3 L'industrie agroalimentaire n'est qu'aux prémisses d'une nouvelle offre dédiée à la restauration hospitalière	30
3.2 Les revers de l'externalisation complète	34
3.2.1 Un secteur très concentré	34
3.2.2 Les coûts et la qualité à surveiller	35
3.2.3 La résistance au changement	37

3.2.4	L'externalisation est-elle un choix de non retour ?	38
4	AVENIR DE LA RESTAURATION HOSPITALIERE, SUIVI DE L'EXTERNALISATION ET PROPOSITIONS	41
4.1	Les orientations de la restauration hospitalière : recherche de la taille critique et concentration sur le cœur de métier	41
4.1.1	Organisation de la production	41
4.1.2	Recentrage sur le cœur de métier de la restauration	44
4.2	Suivi de l'externalisation et propositions	47
4.2.1	Le suivi de l'externalisation	47
4.2.2	Propositions pour une restauration optimale	49
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- ACEHF : Association Culinaire des Établissements Hospitaliers de France
- AEQ : Agent d'entretien qualifié
- ARSEG : Association des responsables des services généraux
- AS : Aide soignant(e)
- CCC : Comité de Coordination des Collectivités
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- CLAN : Comités de liaison de l'alimentation et de la nutrition
- CPIH : Confédération des professionnels indépendants de l'hôtellerie
- DDPP : Direction Départementale de la Protection des Populations
- DGS : Direction Générale de la Santé
- FAO : Food and Agriculture Organisation
- FERCO : Fédération Européenne de la Restauration Concédée
- GEMRCN : Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition
- GIP : Groupement d'intérêt public
- HACCP : *Hazard Analysis and Critical Control Points* : analyse des risques et points de contrôle critiques
- IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- OPQ : Ouvrier professionnel qualifié
- PNNS : Programme National Nutrition Santé
- RESAH-IDF : Réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile de France
- SNRC : Syndicat national de la restauration collective
- SRC : Société de restauration collective
- T2A : Tarification à l'activité
- TIAC : Toxi Infections Alimentaires Collectives
- TSH : Technicien supérieur hospitalier.
- UDIHR : Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration

Introduction

« *Que ta nourriture soit ton remède et ton remède ta nourriture.* »

Hippocrate, Vème siècle avant J-C.

La restauration hospitalière « recouvre les repas aux malades, au personnel et aux enfants du personnel, en cas d'existence d'une crèche. Toute la gamme des repas est concernée, du petit déjeuner au dîner en incluant les collations au personnel de nuit. »¹

De manière plus large, la restauration hospitalière et sociale compose, avec la restauration scolaire et la restauration d'entreprises, la restauration collective. Celle-ci peut être définie comme la fourniture de repas aux personnes travaillant ou vivant dans une collectivité.

La restauration tient une place déterminante dans le bon déroulement du séjour du patient à l'hôpital. Une analyse personnelle permet de lui accorder quatre rôles :

- Un rôle d'alimentation

C'est l'objectif premier de la restauration ; il consiste à nourrir chaque patient, malgré les obstacles que peuvent constituer l'état physique initial ou encore les modifications alimentaires induites par la pathologie.

- Un rôle d'accompagnement du traitement médical

Il s'agit d'un rôle encore parfois mésestimé. Mais il est désormais prouvé qu'une bonne alimentation réduit la durée moyenne de séjour et réduit les risques de maladies nosocomiales.²

- Un rôle de bien-être

Entouré par un univers médical étranger à son univers personnel, éprouvant souvent des douleurs, un repas réussi est celui qui rassérène et fait plaisir au patient.

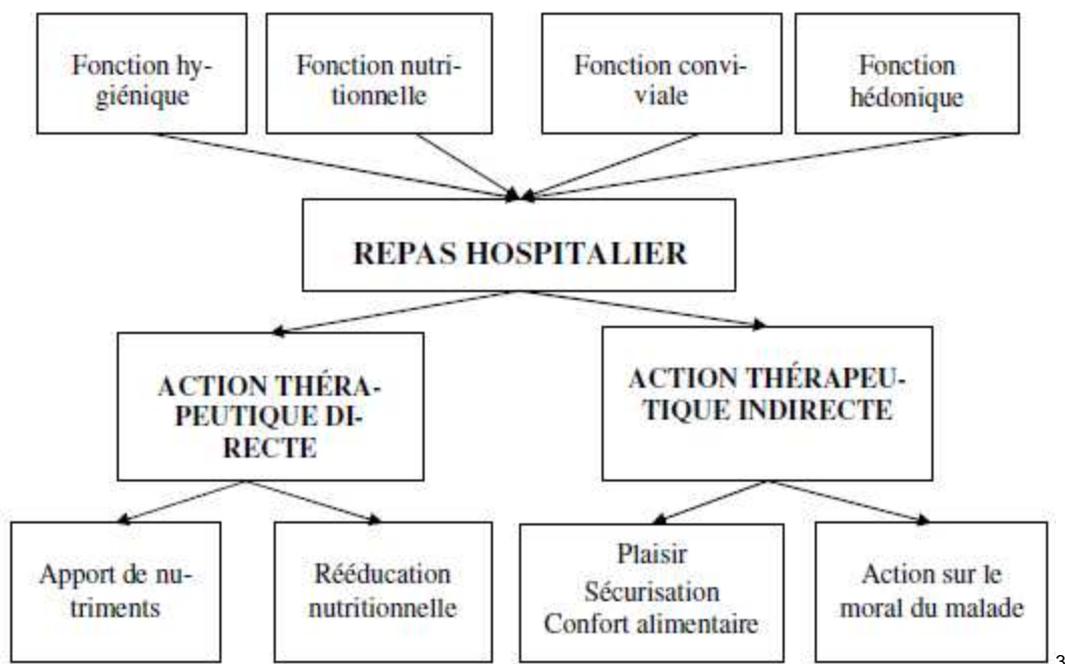
- Un rôle de sensibilisation à une alimentation équilibrée

¹ BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR JL., 2000, Organisation logistique et technique l'hôpital, Editions ENSP.

² GARIBALLA S., 1998, Journal of Nutrition. OCKENGA J., 2005, The American Journal of Clinical Nutrition

Même s'il ne s'agit pas de son rôle premier, la restauration hospitalière, notamment via le diagnostic effectué par une diététicienne, constitue une occasion d'éduquer le patient aux règles de bien-manger.

Cette analyse en quatre rôles distincts de la restauration hospitalière peut être utilement complétée par celle de JP. Poulain JP et B. Saint-Sevin :



La fonction hygiénique désigne le fait que les aliments composant le repas doivent être sans danger microbiologique et chimique. La fonction nutritionnelle vise l'apport au patient des éléments nutritifs nécessaires. Elle s'apparente au rôle d'alimentation décrit ci-dessus. La fonction conviviale conçoit le repas comme un moment d'échange au sein d'un espace social. Celui-ci donne au malade l'opportunité d'adhérer à un groupe et de ne pas se sentir seul. Cette vision conviviale du repas où le patient pourrait échanger avec d'autres paraît largement théorique dans les centres hospitaliers à l'exception des services de suite et de réadaptation. En effet, rares sont les services disposant de salles à manger et le repas est la plupart du temps servi au chevet du patient. La fonction hédonique représente le plaisir qu'apporte le repas au patient confronté à la maladie. Elle s'apparente au rôle de bien-être vu supra.

Pour remplir son rôle, le repas hospitalier doit répondre aux quatre fonctions en même temps.

³ POULAIN JP et SAINT-SEVIN B., 1990, « La restauration hospitalière : Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration », Editions Cristal, 112p.

Le principal résultat d'une restauration hospitalière inefficace tient au développement de la dénutrition des patients. Il s'agit d'un phénomène de grande ampleur. Ainsi, 20% des enfants, 45% des adultes et 60% des personnes âgées souffrent de dénutrition en moyenne (Enquête AP-HP, Énergie 4+, 2003).

Or la dénutrition a de multiples conséquences délétères sur les patients, au nombre desquelles on peut citer l'augmentation des complications, du temps de cicatrisation, des infections associées aux soins, de la durée d'hospitalisation mais également une diminution de la tolérance aux médicaments et des défenses immunitaires.

Ainsi, dans une enquête réalisée par le CHU de Nice en 2004, le lien entre infections nosocomiales et dénutrition apparaît nettement :

Infections nosocomiales	Taux
Chez les non-dénutris	4,4%
Chez les modérément dénutris	7,6%
Chez les sévèrement dénutris	14,6%

Source : SCHNEIDER S., CHU Nice, 2004

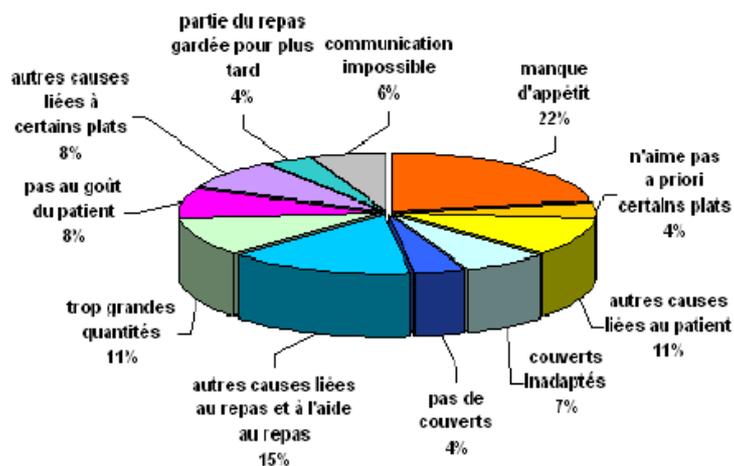
L'importance de la prévalence de la dénutrition tient à son faible repérage lors d'un séjour hospitalier. « Toutes les enquêtes de ces dix dernières années révèlent que dans moins de 10 % des dossiers médicaux figurent le poids, la taille, l'indice de masse corporelle ou la notion d'une perte de poids récente. »⁴ La faible sensibilisation des médecins à l'importance de la nutrition dans l'issue des séjours hospitaliers de leurs patients implique un recensement très limité des cas de dénutrition. Cependant, les démarches combinées IPAQSS et particulièrement la partie tenue du dossier patient comme les procédures de certifications constituent deux éléments de nature à une acculturation progressive de la nutrition dans le diagnostic médical.

Pourtant la dénutrition ne s'explique pas seulement par des raisons médicales. « Les causes logistiques et organisationnelles expliquent à elles seules plus de 50% des raisons de moindre consommation alimentaire lors d'une hospitalisation. »⁵

⁴ ZAZZO J-F, 2011, Rapport Dénutrition une pathologie méconnue en situation d'abondance, 94p.

⁵ ZAZZO J-F., MEAH, 2006, Organisation de la restauration à l'hôpital (tome 1), 156p.

L'enquête Energie 4+ fournit également des données intéressantes :



Répartition des causes de consommation partielle des plateaux en restauration hospitalière chez les adultes; Zazzo JF, Energie 4+, 2003

Le service de la restauration, en lien avec les diététiciennes, est à même de travailler sur ces causes de consommation partielle.

Enfin, et de manière corollaire, les médecins n'ont pas encore pris l'habitude d'appliquer la tarification à l'activité aux cas de dénutrition. Le « codage de la dénutrition comme comorbidité associée permettant de valoriser les séjours hospitaliers est encore pratiquement inexistant : moins de 7 % des séjours à l'AP-HP en 2008. »⁶ Il en résulte une perte de la compensation financière prévue pour la charge de travail du personnel médical et soignant, les traitements nutritionnels adaptés et la sur-utilisation des plateaux médico-techniques.

Bien que la restauration hospitalière représente un milliard deux cents millions de repas servis par an⁷, on constate l'absence d'une politique nutritionnelle nationale qui lui soit spécifique. Elle relève d'instruments plus larges que sont le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et le Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN).

Dotée dès 2001 d'un Programme National Nutrition Santé (PNNS)⁸, la France est le premier pays européen à avoir conçu une stratégie nationale relative à la nutrition. Pour le PNNS, la nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique. Elle constitue un outil face au

⁶ ZAZZO J-F, 2011, Rapport Dénutrition une pathologie méconnue en situation d'abondance, 94p.

⁷ Source : étude GIRA, 2009.

⁸ www.mangerbouger.fr [accédé le 05/08/2012]

développement de pathologies ayant pour origine une mauvaise nutrition. Parmi celles-ci on peut énumérer le diabète de type II, affectant deux millions de Français, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose ou certains cancers. Enfin, l'obésité croît à grande vitesse sous l'effet conjugué du développement de la sédentarité et de la « malbouffe ». Alors qu'un enfant sur vingt était en surpoids en 1980, ce rapport est de un sur six aujourd'hui. Les actions de sensibilisation du PNNS dans ce domaine ont d'autant plus d'importance que l'obésité touche d'abord les populations défavorisées.

Après avoir défini des comportements nutritionnels sains, le PNNS les a traduits en supports de communication efficace. Dans ce cadre, on peut citer le message suivant : " Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour ".⁹ Les industriels de l'agroalimentaire ont le choix d'inclure ces messages dans leurs publicités ou de payer 1,5% du prix de la publicité. Les repères nutritionnels du PNNS visent à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à un état nutritionnel et un état de santé optimaux.

Le Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN) a pour objectif d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis en collectivité.¹⁰ Par rapport au Programme National Nutrition Santé, il constitue une instance de recommandation ciblée sur la restauration collective, à laquelle se rattache la restauration hospitalière.

Le GEMRCN élabore des guides afin d'aider les acheteurs publics dans les démarches de passation et d'exécution des marchés dans le domaine de l'alimentation. Il propose des référentiels pour l'établissement des cahiers des charges de la restauration collective.

Par ailleurs, le GEMRCN a rédigé la recommandation relative à la nutrition, validée par le Conseil scientifique de l'Observatoire économique de l'achat public (OEAP), qui s'impose aux responsables de restauration collective. Ces objectifs prioritaires sont fondés sur ceux du Programme National Nutrition Santé.¹¹ Certains de ces objectifs sont modulés en fonction des populations concernées. Ainsi la recommandation d'apports en protéines est augmentée pour les personnes âgées.

⁹ Les autres messages sont : " Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière ", " Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé ", " Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas ".

¹⁰ <http://www.gemrcn.fr/> [accédé le 30/07/2012]

¹¹ - Augmenter la consommation de fruits, de légumes et de féculents.

- Augmenter les apports en fer et en calcium.

- Diminuer les apports en glucides simples ajoutés

- Diminuer les apports en lipides, en rééquilibrant les apports en acides gras.

- Veiller aux excès d'apport en sodium, qu'il soit ajouté lors de la mise en œuvre du produit ou du plat, ou par le convive.

L'absence de recommandations relatives à l'alimentation hospitalière paraît particulièrement paradoxale. Si la restauration hospitalière peut utilement se rapporter aux référentiels du PNNS et du GEMRCN, elle doit néanmoins adapter celles-ci aux caractéristiques spécifiques de personnes affectées par une pathologie ou un traumatisme. Ce manque éclairant sur la situation de la nutrition à l'hôpital trouve une part significative de son explication dans le panorama dressé ci-après des acteurs de la nutrition hospitalière.

Une des causes principales du désintérêt relatif dont témoignent **les acteurs de l'hôpital** vis-à-vis de la restauration tient à l'absence ou à la faiblesse de la formation dédiée à la restauration hospitalière pour l'ensemble des catégories de personnels.

Les agents de la cuisine souffrent d'un recrutement parfois en deçà des compétences requises par le poste. Longtemps, le service de restauration a dû accueillir des fonctionnaires qui lui étaient affectés parce qu'ils ne trouvaient place ailleurs.

Les cuisiniers sont aujourd'hui embauchés sur brevet d'études professionnelles (BEP) ou baccalauréat professionnel. Néanmoins, ce franchissement indéniable de niveau de formation (auparavant un certificat d'aptitudes professionnelles, CAP, suffisait) ne doit pas dissimuler le fait que les formations soient dirigées vers la restauration traditionnelle et non sur la restauration collective.

Les cadres de la cuisine demeurent encore largement sortis du rang. Ce type de promotions octroie aux responsables une forte légitimité liée à leurs compétences techniques. En revanche, il laisse des lacunes en organisation et en management d'équipe. Le recrutement croissant d'ingénieurs en restauration pallie progressivement ces manques.

Les infirmières comptent au nombre de leurs compétences, la fonction restauration du patient (cf. le Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier). Néanmoins, le manque de temps et peut-être une représentation culturelle négative de l'aide au repas expliquent que cette tâche soit dévolue en pratique aux aides-soignantes. L'absence de surveillance des aides-soignantes dans ce cadre nuit à la bonne réalisation de cette mission et réduit fortement la précision de la connaissance de l'état nutritionnel du patient.

Les aides-soignantes ont un rôle clé dans l'alimentation des patients en ce sens qu'elles ont généralement la charge de la remise du plateau repas au patient et de son

débarrassage. Au contact des patients, elles peuvent ainsi relever les ingesta et prévenir en cas de faiblesse de l'alimentation. Leur formation s'avère depuis 2007 et l'entrée en vigueur des arrêtés du 13 novembre 2005 et du 1er février 2006 adaptée à ce rôle. Ainsi elles reçoivent un enseignement sur « l'hygiène des aliments », « la participation à la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire », « les besoins et rythmes alimentaires [du bébé] : allaitement maternel, allaitement artificiel, sevrage » et « les difficultés alimentaires ».

Les diététiciennes déterminent les régimes des patients que ce soit pendant le séjour ou lors de la sortie. Elles effectuent des enquêtes alimentaires et éduquent les patients à la nutrition. Néanmoins, l'efficacité des diététiciennes s'avère amoindrie par le cloisonnement existant entre les différents acteurs participant à la bonne nutrition du patient. Si ce cloisonnement venait à diminuer par l'établissement de liens dans la chaîne du soin auprès du patient, alors les diététiciennes pourraient jouer un rôle charnière susceptible de réduire de manière conséquente la part des patients dénutris. Enfin, le fait que les actes réalisés par les diététiciennes ne soient pas tarifés contribue à la persistance d'une insuffisante valorisation de leur activité au sein de l'hôpital.

Les médecins en tant que responsables de la prise en charge d'un patient montrent aujourd'hui un faible intérêt pour le volet nutritionnel. Cela se traduit, comme on l'a vu ci-dessus, par le codage de la dénutrition comme facteur de co-morbidité associée dans moins de 7 % des séjours à l'AP-HP en 2008. Si le constat général a propos des médecins ne peut être dissimulé, en revanche les médecins de certaines spécialités où la nutrition apparaît très directement en lien avec la rémission de la maladie montrent un intérêt marqué envers la nutrition. Il s'agit notamment de la chirurgie digestive, de la diabétologie, de la gastro-entérologie, de la gériatrie et de la pédiatrie.

Le directeur d'hôpital peut paraître éloigné des problématiques alimentaires. En pratique, c'est loin d'être le cas. Ainsi le directeur adjoint chargé des services économiques gère le service de la restauration à travers son organisation, ses mouvements de personnel, son budget et les marchés publics afférents. Eu égard à son poids financier et à son caractère sensible pour les patients comme pour le personnel, la restauration constitue un des points focaux du portefeuille d'un directeur des services économiques. Dans une moindre mesure, le directeur adjoint chargé de la qualité travaille au respect des normes par le service de restauration et à élaborer une stratégie pluriannuelle dans le cadre d'un projet hôtelier. Cette politique de la qualité ne se résume pas à de vaines incantations dans la mesure où elle doit satisfaire aux critères de l'agrément alimentaire et des inspections sanitaires régulières. Malgré ces éléments plutôt positifs tirés de la pratique des directeurs

d'hôpital, le constat établi en 1997 par le rapport Guy Grand apparaît encore d'actualité : « La formation initiale donnée à l'ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) n'envisage pas l'alimentation comme partie intégrante du soin ; la formation des futurs gestionnaires hospitaliers a tendance à n'aborder que les éléments économiques et procéduraux (imposés par le Code des Marchés Publics) du secteur de la restauration. »¹²

Au final, on constate que la lutte contre la dénutrition souffre du cloisonnement entre la filière logistique à laquelle appartient le service de restauration, la filière de soins à laquelle appartiennent notamment les médecins, infirmières, diététiciennes et aides soignantes et la filière administrative dont les directeurs d'hôpital sont membres. Cette séparation fonctionnelle des filières est renforcée par leur séparation géographique. Ainsi les architectures hospitalières distinguent généralement en des bâtiments distincts les trois filières précitées.

Le cloisonnement des acteurs de la nutrition, renforcé par cette double séparation fonctionnelle et géographique, est aujourd'hui en partie réduit par l'action des Comités de liaison de l'alimentation et de la nutrition (CLAN). Instance de dialogue entre les acteurs de la nutrition, ils permettent une revalorisation de la nutrition dans les représentations collectives. Néanmoins, leur impact ne doit pas être surestimé mais appréhendé à l'aune du nombre de réunions annuelles et du taux de participation des membres.

L'externalisation est l'opération consistant au transfert par une personne morale d'une de ses activités à une autre personne morale contre rémunération.

L'activité transférée est souvent une activité annexe à la production de la personne morale externalisant. Cette organisation de la production s'est fortement développée à partir des années 1980 dans le monde de l'entreprise. Dans un univers aux ressources limitées, elle vise à atteindre la meilleure allocation possible des ressources de l'entreprise externalisatrice. Celle-ci transfère une de ses activités nécessaires mais annexes à une autre entreprise dont c'est la spécialité. Il en résulte que la qualité de la prestation devrait croître et son coût diminuer. Par ailleurs, l'entreprise peut ainsi se concentrer sur son cœur de métier.

Malgré la pratique ancienne et répandue de l'externalisation parmi les entreprises, les hôpitaux publics y ont un recours en général limité. Celui-ci se résume le plus souvent aux services suivants : le nettoyage des parties communes, l'entretien des espaces verts, la blanchisserie et la restauration.

¹² GUY-GRAND B., 1997, Alimentation en milieu hospitalier, 237p.

L'internalisation est conçue comme le fait de réaliser une activité ou de produire un service en interne. Il s'agit d'un néologisme visant à désigner l'antonyme d'externalisation.

La restauration demeure considérée comme un service périphérique, un service support à l'instar de la blanchisserie ou de la logistique. Pourtant des études ont montré qu'une bonne restauration diminuait la durée moyenne de séjour. Dès lors il devient nécessaire d'intégrer que la restauration participe du soin. Elle doit donc être considérée comme centrale, au même titre que l'organisation des soins. Un autre argument appuie la centralité de la restauration dans un hôpital. On constate en effet que la prise en charge par un centre hospitalier est évaluée par le patient d'abord sur la restauration et de manière plus large sur l'aspect hôtelier.

Face aux contraintes budgétaires induites par la diminution tendancielle des tarifs de la tarification à l'activité (T2A), la stratégie générale vise à une hausse des recettes, à travers une augmentation des séjours, couplée à une baisse des dépenses, via une diminution des coûts des activités non directement liées aux soins. Il s'ensuit des pressions à la baisse des enveloppes budgétaires dédiées à la restauration. Cette problématique est relativement nouvelle pour les services de restauration qui, jusqu'à présent, ont généralement été épargnés. La forte prévalence de la production en régie contraste en effet avec d'autres services bien plus fréquemment externalisés tels que la blanchisserie, le nettoyage des parties communes ou l'entretien des espaces verts. Le présent mémoire cherche à savoir si l'organisation actuelle des services de restauration se montre optimale ou si le recours à l'externalisation pourrait améliorer les prestations. Les leviers respectifs de l'internalisation et de l'externalisation sont appréhendés comme des moyens d'améliorer le service offert aux patients et non sous le seul angle financier. La restauration constitue, en effet, un marqueur majeur de la satisfaction globale éprouvée par le patient vis-à-vis de l'hôpital. Aujourd'hui, les services de restauration ne sont-ils pas aux prémises de changements importants de leur organisation ? Le cas échéant, quels changements d'organisation pourraient advenir ?

La restauration hospitalière est marquée par une forte internalisation, à l'instar du Centre hospitalier de Montreuil (I). Cette situation s'explique par le jeu des facteurs déterminant le choix entre internalisation et externalisation de la restauration hospitalière (II). Néanmoins, l'offre de restauration externalisée s'est récemment diversifiée sans éviter des écueils fréquents pour les centres hospitaliers (III). Dans ce contexte, des lignes directrices pour l'avenir de la restauration hospitalière et le suivi de l'externalisation sont proposées (IV).

1 LA RESTAURATION HOSPITALIERE EST MARQUEE PAR UNE FORTE INTERNALISATION, A L'INSTAR DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTREUIL

1.1 La situation générale des hôpitaux vis-à-vis de la restauration : l'internalisation fortement majoritaire

1.1.1 Les modes de gestion de la restauration

A) La gestion directe

La gestion directe se compose de¹³ :

- La gestion en régie : l'hôpital gère directement les activités de restauration avec ses moyens et son personnel
- L'assistance technique : elle s'apparente à la gestion en régie mais avec un prestataire auquel on confie des missions (achats de matières premières, encadrement, production, distribution...)

B) La gestion déléguée

L'hôpital confie à un partenaire la gestion et l'organisation de la restauration. Les modes de délégation du service de restauration sont :

- La concession : le concessionnaire crée parfois à ses frais les installations et équipements nécessaires. Il exploite les locaux et le service sous sa responsabilité pendant une période généralement longue correspondant à l'amortissement des investissements.
- L'affermage : le fermier (locataire) gère pendant une durée déterminée et sous sa responsabilité un équipement déjà construit et mis à sa disposition.
- La gérance : le gérant doit faire fonctionner les installations déjà construites moyennant une rémunération forfaitaire non fondée sur un résultat d'exploitation.
- La régie intéressée : l'hôpital finance les installations et assume le déficit éventuel. L'hôpital passe un contrat avec un régisseur qui exploite les installations et qui est rétribué par une redevance fixe et un pourcentage sur les résultats d'exploitation.

1.1.2 Le marché de la restauration hospitalière

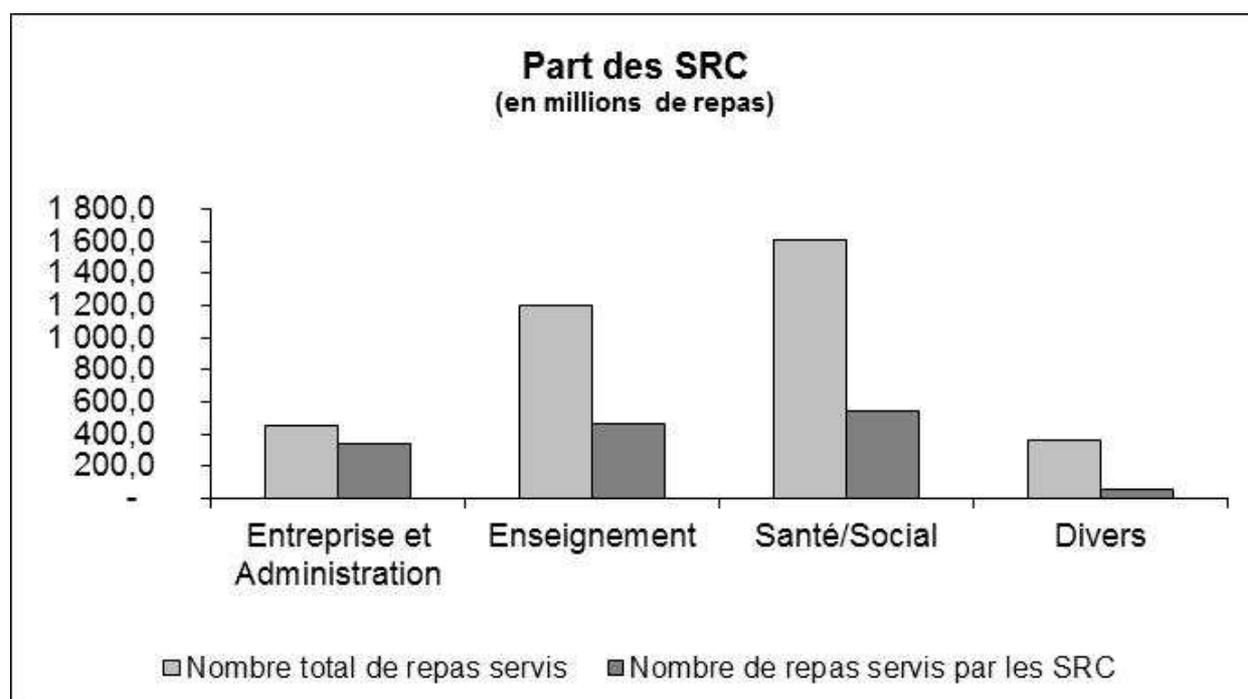
La France constitue le premier marché en Europe de la restauration collective concédée. Le marché français s'est élevé à 6,1 milliards d'euros hors taxes en 2010¹⁴, soit le quart du chiffre d'affaires réalisé en Europe de l'Ouest. En nombre de repas servis, le marché

¹³ INRS, 2010, La restauration collective. Aide aux repérages des risques professionnels

¹⁴ Xerfi 700, 2011, Restauration collective, 136p.

français est avec 1,4 milliards de repas par an le premier marché en Europe devant le Royaume-Uni et l'Italie. Malgré l'importance de la restauration concédée en France, elle demeure minoritaire. Ainsi, le taux de concession de la restauration collective s'élevait à 37% en 2010, soit le niveau de la moyenne européenne.

L'importance de la restauration concédée en France doit néanmoins être nuancée concernant la restauration hospitalière. Comme l'indique le graphique ci-dessous, le taux de concession du secteur Santé / Social, 18%¹⁵, s'avère plus bas que celui de l'Enseignement mais surtout du secteur Entreprise et Administration.

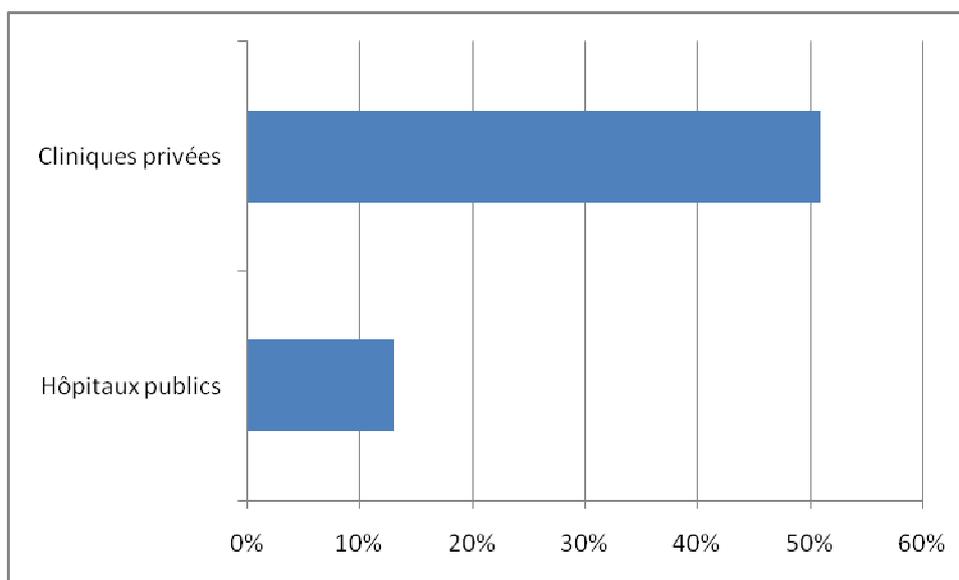


Source : Rapport annuel sur les salaires et la situation économique et sociale de la branche de la restauration collective en 2010, Syndicat national de la restauration collective (SNRC).

Au sein du secteur Santé, on constate d'importantes différences dans le recours à l'externalisation. Ainsi, plus de la moitié (51%) des repas servis par les cliniques privées sont élaborés sous concession. En revanche les hôpitaux publics ayant concédé leur restauration ne représentent que 13% du total des repas servis par le service public hospitalier.

¹⁵ Xerfi 700, 2011, Restauration collective, 136p.

Part des repas servis par des Sociétés de restauration collective



Source : Rapport annuel sur les salaires et la situation économique et sociale de la branche de la restauration collective en 2010, Syndicat national de la restauration collective (SNRC).

Alors que la restauration d'entreprises est désormais un marché mûre avec un taux de concession de 70%, les sociétés de restauration collective cherchent des relais de croissance dans le secteur Santé / Social et celui de l'enseignement scolaire. On dénombre environ 125 entreprises sur le marché de 6,1 milliard d'euros hors taxes de la restauration concédée. Néanmoins, ce nombre important d'acteurs ne doit pas dissimuler le fait que 80% du marché est concentré dans les mains de trois opérateurs majeurs : Sodexo avec 40%, puis Elios et Compass qui représentent chacun environ 20%. Ce mouvement de concentration va en s'accroissant comme l'illustre les acquisitions en 2012 du groupe Ansamble par Elios ou de Set Meal par Compass.

1.1.3 Les acteurs de la régie directe

A) Le Comité de Coordination des Collectivités (CCC)

Le CCC est une association loi 1901, reconnue par l'Etat comme le représentant officiel du secteur professionnel de la restauration collective en gestion directe.¹⁶ Elle rassemble l'ensemble des établissements publics et privés : scolaires, de santé, sociaux, entreprises, administrations, etc. Elle siège auprès de nombreuses institutions et notamment au Conseil National de l'Alimentation (CNA), au comité de pilotage du

¹⁶ <http://www.ccc-france.fr/> [accédé le 27/07/12]

Programme National Nutrition Santé (PNNS) et au Groupe d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN).

Le CCC propose des formations aux professionnels de la restauration collective portant sur les achats, l'équilibre nutritionnel, l'hygiène et la sécurité des aliments ou encore le management et l'organisation. Enfin, il organise des événements au nombre desquels le « Gargantua », un concours pour le titre du meilleur cuisinier de la restauration collective de France et le « Mondial des Chefs », le concours international désignant le meilleur cuisinier de collectivité au monde.

B) L'Association Culinaire des Établissements Hospitaliers de France (ACEHF)

L'ACEHF réunit le personnel des différents secteurs alimentaires des institutions de soins.¹⁷ Elle est particulièrement active dans la formation et l'accompagnement qualité des établissements. Ainsi, elle a conçu une charte qualité établissant quarante trois points de contrôle de la production à la distribution. Les hôpitaux choisissant d'adhérer à la charte qualité peuvent recevoir une certification. Enfin, l'association a créé le trophée ACEHF « Le plateau du malade ». Il s'agit d'un concours ouvert à l'ensemble des professionnels de la restauration hospitalière en gestion directe.

C) Union des Ingénieurs Hospitaliers en Restauration (UDIHR)

L'UDIHR est une association créée en 1996 qui regroupe environ 140 ingénieurs ou responsables d'unité centrale de production culinaire chargés de conduire des projets de restauration dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) et grands centres hospitaliers.¹⁸

Les objectifs de l'association sont d'une part d'améliorer la connaissance par les équipes de restauration de la satisfaction des patients à l'égard des prestations qui leurs sont proposées. D'autre part, l'UDIHR vise à promouvoir le métier d'ingénieur hospitalier en restauration et de le faire évoluer, en lien avec les ingénieurs d'autres segments de la restauration collective (scolaire, entreprises, administration, etc.).

1.1.4 Les acteurs de la gestion déléguée

A) La Fédération Européenne de la Restauration Concédée (FERCO)

Créée en 1990 par les acteurs du secteur de la restauration collective concédée, la Fédération Européenne de la Restauration Concédée poursuit les cinq missions suivantes¹⁹ :

¹⁷ <http://www.acehf.fr/> [accédé le 06/08/2012]

¹⁸ <http://www.udihhr.fr/> [accédé le 06/08/2012]

¹⁹ <http://www.ferco-catering.org/fr/missions.html> [accédé le 01/08/12]

- Représenter les intérêts du secteur de la restauration collective concédée dans le processus de prise de décision européen.
- Promouvoir l'image du secteur de la restauration collective concédée
- Offrir un forum européen aux professionnels du secteur.

FERCO ouvre aux acteurs concernés de tous les Etats membres un forum permettant d'échanger leurs expériences, de développer ensemble des règles de bonne pratique et d'atteindre un consensus sur des questions d'intérêt commun.

- Collaborer avec d'autres associations d'employeurs du secteur des services.
- Poursuivre, à l'échelle de l'Union européenne, le dialogue social spécifique au secteur de la restauration collective concédée.

B) Le Syndicat national de la restauration collective (SNRC)

Créé en 1963, le Syndicat national de la restauration collective représente 87% du chiffre d'affaires réalisé par l'ensemble de la restauration collective concédée et près de 70 000 personnes employées²⁰.

Le SNRC poursuit quatre objectifs :

- définir une politique générale de la profession en fixant des règles que tous ses membres s'engagent à appliquer dans les domaines nutritionnel, social...
- assurer la représentation de la profession et la défense de ses intérêts auprès des pouvoirs publics (lors de l'adoption ou de l'application d'un texte de loi par exemple) et des syndicats de salariés ;
- conseiller les adhérents dans les domaines juridiques, fiscaux et sociaux, les informer sur l'évolution de la réglementation et appuyer leurs démarches en cas de difficultés ;
- développer des relations suivies avec les professionnels du secteur agroalimentaire et de l'alimentation.

1.2 L'équation d'une restauration en interne : le cas de Montreuil

1.2.1 Présentation du Centre hospitalier intercommunal de Montreuil

La création en 1965 de l'hôpital de Montreuil est l'aboutissement d'une collaboration de neuf communes : Bagnolet, Fontenay-sous-Bois, Les Lilas, Montreuil, Noisy-le-Sec, Romainville, Rosny-sous-Bois, Villemonble et Vincennes.

De taille intermédiaire, 318 lits et places, le Centre hospitalier intercommunal de Montreuil dispose notamment d'une maternité de niveau trois (c'est-à-dire d'un service de réanimation néo-natale, apte à prendre en charge les grands prématurés) ayant réalisé 3104 accouchements en 2011, du seul centre de dialyse du département de Seine Saint-

²⁰ www.snrc.fr [accédé le 30/07/12]

Denis et d'un service d'accueil des urgences ayant réalisé plus de 65 000 passages en 2011.

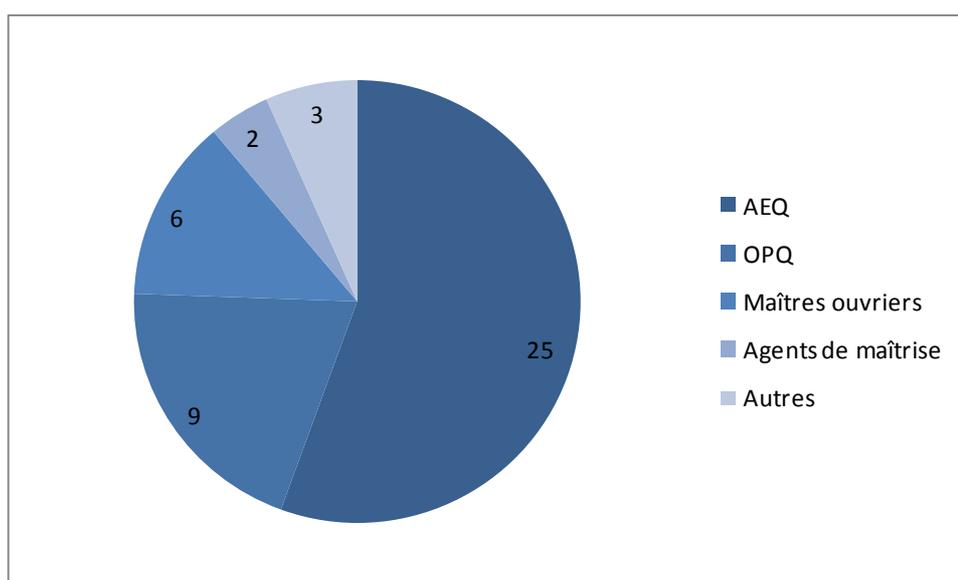
Offre de soins du CHI Montreuil	Lits / Places
Médecine, chirurgie obstétrique	265
Soins de suite et de réadaptation	20
Hôpital de jour	17
Dialyse	16
Total	318

L'hôpital est composé de deux bâtiments dédiés au soin, auxquels s'est ajouté en 2012 un troisième consacré au pôle mère-enfant et à la réanimation polyvalente. Situé dans le centre urbain de Montreuil, il ne dispose que d'un espace foncier restreint. L'Hôpital emploie 1410 agents dont 192 médecins et 1218 personnels non médicaux.

1.2.2 Moyens à la disposition du service restauration

Constituée de 45 agents, la restauration se divise en trois parties : production chaude et froide, self, plonge, transport et entretien des locaux (27 personnes), le service hôtelier préparation des plateaux et service aux patients (16 personnes), ainsi que le magasin alimentaire (2 personnes).

Les quarante-cinq agents de la cuisine



21

²¹ AEQ : Agent d'entretien qualifié, OPQ : Ouvrier professionnel qualifié, TSH : Technicien supérieur hospitalier.

Au total, les dépenses correspondant à la rémunération et aux charges patronales des 45 agents du service restauration se sont élevées à 1,8 million d'euros en 2011.

Inscrire les Crédits de fonctionnement et d'investissement

1.2.3 Production du service de restauration

L'équipe de la restauration produit 400 000 repas annuellement. 60% des repas sont servis aux patients et 40% au personnel. L'année 2011 témoigne d'une stabilité de la production par rapport à 2010.

Nombre de repas servis	2010	2011
Patients	248 850	245 022
Personnel	152 898	156 745
Total	401 748	401 767

La qualité de la restauration perçue par les consommateurs s'avère extrêmement élevée. Ainsi, selon l'enquête réalisée auprès des patients en 2011, ceux-ci répondent à la question : « Les repas servis vous donnent-ils satisfaction ? », Oui à 92%.²²

1.2.4 Sécurité sanitaire

La Direction départementale de la protection des populations (DDPP), qui regroupe notamment l'ex-direction départementale des services vétérinaires (DDSV), est chargée de veiller au respect de la réglementation alimentaire. Elle a la prérogative d'autoriser l'activité d'une unité de restauration collective via l'attribution d'un agrément sanitaire et de prononcer sa fermeture administrative.

Le service restauration de l'hôpital de Montreuil a été inspecté le 20 avril 2011 par la DDPP. Celle-ci a mis au jour vingt-cinq non conformités à la réglementation. Il en résultait un risque de fermeture administrative de la cuisine en raison de plusieurs « non conformités majeures » induisant un classement en D.

²² Enquête portant sur 137 réponses, réalisée au mois de juillet 2011.

Inspection sanitaire du 27/04/2011	Nombre
Non-conformités majeures	9
Non-conformités moyennes	13
Non-conformités mineures	3

Les non conformités relevaient principalement de la non mise en place complète du plan de maîtrise sanitaire, d'un défaut de maintenance de certains équipements, d'un manque de suivi de la maîtrise des températures et de travaux mineurs dans les locaux à réaliser.

Face à ce constat et aux risques sanitaires pour les patients et le personnel, la Direction de l'hôpital aurait pu envisager une externalisation de la restauration. Au contraire, elle a accompagné le service dans son plan d'actions en autorisant le recours à un formateur compétent en hygiène et en ouvrant les crédits budgétaires nécessaires aux travaux. Cette option prise dans la gestion de crise s'explique vraisemblablement parce que la Direction savait que les équipes et surtout l'encadrement de la restauration étaient composés de personnes aptes à apporter des solutions aux problèmes identifiés par la Direction départementale de la protection des populations. Finalement, les non-conformités ont pu être levées lors de la contre visite de la DDPP du 18 octobre 2011. Il en résulte un niveau d'hygiène et de qualité de la production fortement amélioré. L'établissement est maintenant classé B : « non conformité mineure ».

2 FACTEURS DETERMINANT LE CHOIX ENTRE INTERNALISATION ET EXTERNALISATION DE LA RESTAURATION HOSPITALIERE

2.1 Les raisons de choisir l'internalisation

2.1.1 Les avantages de l'internalisation

A) La flexibilité

La flexibilité s'avère le premier atout d'une restauration réalisée en interne. « Elle permet de pouvoir effectuer certains changements au niveau de l'organisation ou de l'approvisionnement sans attendre la renégociation ou l'échéance d'un contrat avec une société prestataire. »²³ Elle offre notamment la possibilité de modifier l'organisation du travail. Ainsi, les horaires de service des patients peuvent être déplacés pour réduire le jeûne nocturne. Lorsque le service est externalisé, les horaires de services des patients sont définis contractuellement. Dès lors, il n'est pas possible d'opérer une telle modification de l'organisation de la restauration.

Par ailleurs, l'internalisation permet de subvenir à des besoins non prévisibles. Ainsi, Rachid Touil, responsable de la restauration du Centre hospitalier de Gonesse (Seine Saint-Denis)²⁴ cite les repas offerts aux personnes sans domicile fixe venant aux Urgences pendant l'hiver. Il évoque également les souhaits des personnes en fin de vie, qui demandent par exemple une glace ou une pâtisserie. Il s'agit de petits extras néanmoins, ils participent de la mission de l'hôpital que rappelle son étymologie du latin *hospitalis* « d'hôte, hospitalier ». Enfin, une restauration en régie directe permet l'organisation d'événements tels que les commissions administratives paritaires, les ateliers gâteaux organisés par la pédiatrie ou encore la présentation des vœux aux personnels.

B) L'intégration dans les services de l'hôpital

Comme on l'a vu ci-dessus en introduction, la réussite de l'alimentation des patients repose sur l'action d'au moins huit catégories d'acteurs appartenant tant à la fonction restauration qu'aux filières médicale, de soins et administrative. Il en résulte la nécessité d'une bonne identification de l'ensemble des acteurs. Or, la restauration en interne, s'inscrivant dans le temps, permet d'établir des relations suivies avec les équipes chargées du diagnostic nutritionnel ou de la prise de commande auprès du patient. Il en

²³ COULLET I., 2007, Les enjeux du choix du mode de gestion en restauration hospitalière, Université de Toulouse, 66p.

²⁴ Entretien réalisé au Centre hospitalier de Gonesse le 04/07/2012.

va tout autrement pour une restauration externalisée. Celle-ci a naturellement une stabilité dans le temps inférieure due, d'une part, à la durée des contrats, en général de quatre années. D'autre part, la moindre stabilité de la société tient à sa remise en concurrence, qui assure la permanence de l'externalisation mais pas celle du prestataire. Enfin il ne faut pas minorer le fait que comme toute entité « L'hôpital rejette très aisément les « corps étrangers » »²⁵, ainsi que le constate Philippe Maraval, Directeur des achats centraux hôteliers et alimentaires de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

C) La détermination effective du niveau de qualité souhaité

La production en interne permet une maîtrise complète du cycle de production. Cette maîtrise autorise des décisions de montée (ou de baisse) en qualité en fonction des résultats des enquêtes de satisfaction. Même si les marchés publics de restauration collective déterminent le niveau de qualité attendu, il est difficile de le contrôler en pratique. La qualité des matières premières utilisées semble être à l'origine de l'avis de plusieurs personnes sondées d'après lesquelles la qualité de la restauration au CH de Montreuil est la plus élevée observée parmi les cinq établissements précédemment fréquentés. Néanmoins l'atout que représente l'internalisation pour la qualité de la prestation repas peut s'échelonner dans le temps. En effet, le changement de fournisseurs ne peut se faire avant la fin du marché public précédent.

D) Un rôle social

Les agents de cuisine étant en général recrutés sans qualification, la restauration constitue un service apte à la réinsertion professionnelle. Ainsi, au Centre hospitalier de Saint-Denis, une personne recrutée sans qualification est devenue en peu de temps responsable du point central de la production, la chaîne d'assemblage des plateaux. Au Centre hospitalier intercommunal de Montreuil, une personne également recrutée sans qualification à la cuisine est devenue aide soignante puis infirmière diplômée d'Etat. Ce type de parcours n'aurait pas été envisageable si la restauration avait été externalisée du fait de l'absence de passerelles avec les services de soins mais également d'un accompagnement professionnel peut-être moins grand chez les sociétés de restauration collective, sans méconnaître leurs obligations de formation professionnelle.

2.1.2 Déterminants de l'internalisation a contrario

A) Le maintien de l'existant

Dans la mesure où 87% des repas servis dans les hôpitaux publics le sont en gestion directe, le principal déterminant de l'internalisation est la reconduction de la situation existante ! Cette pratique s'explique par une logique saine de management qui vise à

²⁵ MARAVAL P., 2010, La restauration en régie face aux défis de la qualité, 9p.

évaluer l'efficacité de la gestion en interne avant de la remettre en question. Elle a également une dimension financière ; dans un cadre sous contraintes, il paraît économiquement peu sensé d'externaliser une restauration dont les équipements ne sont pas encore amortis. Dès lors, la décision de remettre en cause la gestion directe s'effectue lorsque la vétusté des équipements devient manifeste ou dès la construction de l'hôpital à l'instar du nouveau complexe du Centre hospitalier Sud-Francilien mis en service en 2012.

B) Un secteur traditionnellement sensible sur le plan syndical

La restauration en raison du fait qu'elle compte de nombreux postes de travail répétitifs (chaîne de fabrication des plateaux, mise en barquette des entrées...) constitue un service traditionnellement sensible sur le plan syndical²⁶. Il en résulte une politique prudente de la Direction quant aux projets de réorganisation.

C) La difficulté des reclassements à opérer

Un dernier obstacle notable à la remise en question de la gestion directe touche aux difficultés relatives aux reclassements des personnels de la restauration. Si le contrat de concession stipule la reprise du personnel – ce qui s'avère une situation fréquente²⁷ – alors le problème est résolu. Néanmoins, cette option n'est pas toujours choisie, dans la mesure où elle entraîne la création d'une double autorité sur le personnel : l'autorité fonctionnelle du responsable de la restauration employée par la société concessionnaire et l'autorité hiérarchique qui demeure dans le chef de l'administration de l'hôpital. Cette bicéphalité entraîne un management moins fluide et empêche la société titulaire du marché de procéder pleinement comme elle l'entend. En pratique, les hôpitaux qui ne conservent pas leur personnel de restauration s'avèrent souvent de grande taille à l'instar du CHU de Bordeaux. Ils peuvent plus facilement reclasser des agents à des postes d'agent des services hospitaliers (ASH) ou après formation d'aide-soignant ou d'agent des services techniques.

2.2 Les facteurs décisionnels de l'externalisation

2.2.1 Avantages de l'externalisation

A) Baisse du budget alloué à la restauration

Dans un contexte d'endettement et de difficultés croissantes de refinancement, l'heure n'est plus aux investissements dans le secteur hospitalier et particulièrement pour les

²⁶ Entretien avec Nicolas AUSTRY, responsable développement chez Sodexo, réalisé le 01/08/2012.

²⁷ Entretien avec Simon BANCO, responsable de la restauration du Centre hospitalier intercommunal de Créteil, réalisé le 12/07/2012.

services considérés comme non dispensateurs de soins. L'orientation générale étant à l'optimisation de la gestion, l'externalisation est conçue comme un moyen de diminuer l'enveloppe budgétaire consacrée à la restauration. Le raisonnement tenu par les hôpitaux ayant externalisé est que les entreprises spécialisées sont plus efficaces et qu'elles leur épargnent le temps nécessaire à former convenablement un agent.²⁸ La spécialisation permet de fournir une prestation de meilleure qualité à un coût moindre. Ce double avantage apporté par l'externalisation est par exemple attesté dans une étude réalisée dans un centre hospitalo-universitaire d'Inde.²⁹ Celle-ci a montré une baisse de 39% du coût du repas tandis que la qualité est passée de 90,4 points à 103,2 points d'après une évaluation effectuée auprès du personnel et d'une sélection de patients.

B) Un niveau d'expertise plus élevé

Les hôpitaux font face à d'importantes difficultés pour trouver du personnel compétent. Certains responsables de restauration n'hésitent pas à estimer que les certificats d'aptitudes professionnelles (CAP) de cuisinier sont « donnés ».³⁰ L'évolution rapide des normes réglementaires de sécurité sanitaire et leur caractère de plus en plus précis et contraignant constitue un argument en faveur de l'externalisation.

Confronté aux mêmes normes et difficultés de recrutement, certaines sociétés de restauration collective ont mis en place un système de rémunération plus attractif mais surtout une école de formation interne permettant de spécialiser leurs personnels. Le personnel est ainsi formé aux dernières normes réglementaires. Cet atout de l'externalisation est mis en avant, davantage encore qu'un gain financier qui demeure hypothétique. Ainsi, le directeur des finances du Moses Cone Health System, Greensboro (Caroline du nord, Etats-Unis) déclare pour son compte : « En ce qui concerne les économies budgétaires, il n'y en a probablement pas. En revanche, nous disposons d'un niveau d'expertise plus élevé. »³¹

C) Un transfert des risques professionnels

En tant qu'employeurs, les sociétés de restauration collective, bien que le plus souvent non propriétaires des locaux et des équipements de travail, sont tenues d'assurer la sécurité et de protéger la santé de leurs salariés.³² Or ce transfert à la société prestataire

²⁸ DEJOHN P., 2008, When outsourcing works. Know when vendor intervention can be a benefit or hindrance, *Materials management in health care*, 3p.

²⁹ SHARMA RK., SHARMA R., 2009 Comparative analysis of outsourced hospital dietary services vis-a-vis in house dietary services for cost containment and quality : a case study in a super speciality tertiary hospital, *Journal of the Academy of Hospital Administration*, vol. 21, 5p.

³⁰ Entretien avec Frédéric HERBILLON, responsable de la restauration des Quinze-Vingts, réalisé le 06/07/2012.

³¹ DEJOHN P., 2008, When outsourcing works. Know when vendor intervention can be a benefit or hindrance, *Materials management in health care*, 3p.

³² INRS, 2010, La restauration collective. Aide aux repérages des risques professionnels, p.8

n'est pas sans conséquence, eu égard au nombre des risques professionnels. Ceux-ci peuvent être occasionnés par :

- les sols : glissade, chute de plain pied, heurt d'un objet
- les énergies et les réseaux : risque d'incendie, de brûlure et d'électrocution pour l'électricité, risques de brûlure, d'asphyxie, d'intoxication et d'explosion pour le gaz.
- L'air ambiant : affections respiratoires, articulaires et cutanées
- Le bruit : lésions auditives (surdité, acouphènes)
- Les circulations de véhicules, chariots élevateurs, transpalettes : hématomes, jambe cassée...
- La manutention, lésions dorsolombaires, troubles musculo-squelettiques
- les accès à des parties hautes : chutes occasionnant des contusions, luxations et fractures
- le nettoyage et la désinfection : irritation, intoxication, allergie³³

Néanmoins, l'hôpital ne se trouve pas dégagé de toute responsabilité. Sa responsabilité peut être engagée s'il n'a pas satisfait aux obligations spécifiques mises à sa charge par la réglementation. Ainsi, il doit maintenir en conformité les équipements et les locaux mis à disposition. A cette fin, avant la mise en exploitation, le responsable de la restauration de l'hôpital et le représentant de la société de restauration collective procèdent à une inspection commune des lieux de travail, des installations et des matériels. Ils procèdent ensemble à une analyse des risques et d'un commun accord arrêtent un plan de prévention définissant les mesures prises par la société et l'hôpital pour prévenir ces risques.³⁴

D) Un transfert de la responsabilité liée aux intoxications alimentaires

Compte tenu du nombre de patients et de personnel qu'elle nourrit, la restauration hospitalière est soumise à des contrôles réguliers de la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP). Une fois l'agrément sanitaire attribué, les inspections portent principalement sur le respect des bonnes pratiques d'hygiène. Il s'agit entre autres du contrôle des températures des équipements, de la propreté des locaux ou du strict respect de la marche en avant (principe selon lequel le futur produit alimentaire doit au cours du processus de fabrication toujours progresser en avant et ne jamais opérer de retour afin de conserver des conditions d'hygiène maximales.)

Ces règles d'hygiène visent à prévenir l'apparition de Toxi Infections Alimentaires Collectives (TIAC). D'après la Direction Générale de la Santé (DGS), une TIAC se détermine par l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en

³³ INRS, 2010, La restauration collective. Aide aux repérages des risques professionnels, p.18

³⁴ INRS, 2010, La restauration collective. Aide aux repérages des risques professionnels, p.8

général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. En France, les TIAC sont principalement dues aux *Salmonella*, aux *Staphylococcus aureus* et aux *Clostridium perfringens*.

En recourant à une société de restauration collective, l'hôpital externalise l'ensemble de la traçabilité requise par la production culinaire. Il transfère également la responsabilité civile et pénale qui, en régie, pèsent sur le chef du responsable de restauration et du directeur.

E) Ressources humaines employées par une société extérieure

L'absentéisme en restauration constitue traditionnellement une difficulté dans la gestion quotidienne. Cette prégnance particulière de l'absentéisme s'explique par la conjonction des risques inhérents à la production décrits ci-dessus mais aussi d'une gestion des ressources humaines qui peut parfois être défavorable à la restauration. En effet, la restauration figure parmi les services comme l'accueil ou la logistique destinataires d'agents ayant rencontré des difficultés dans leurs fonctions précédentes.

Au Centre hospitalier de Montreuil, le taux d'absentéisme en restauration s'est élevé à 22% en 2011, en forte progression par rapport à 2010, 16%. Dans la mesure où les hôpitaux ne cotisent pas à la branche accidents du travail-maladies professionnelles de la Sécurité sociale, ils s'auto-assurent. Par conséquent, externaliser la restauration peut également être conçu comme un moyen de résoudre le problème récurrent de l'absentéisme. Par ailleurs, une restauration concédée diminue les coûts de structure que représentent le recrutement, la gestion des carrières et la paie des agents.

2.2.2 Déterminants a contrario de l'externalisation

A) Le défaut de compétences en interne

L'enquête américaine VHA de 2007 portant sur 161 responsables hospitaliers a mis en exergue les deux raisons prévalant au choix de l'externalisation : la réduction attendue des coûts et un manque de ressources en interne.³⁵ Le changement d'établissement ou le départ en retraite de la ou des deux personnes qui géraient la restauration s'avère souvent un défi en ce sens qu'il n'y a pas la plupart du temps de successeurs en interne et que le recrutement d'un responsable de restauration est complexe.

La décision d'externaliser permet de disposer d'un personnel formé aux normes dérivées du *Codex Alimentarius*, créée en 1963 par la Food and Agriculture Organisation (FAO) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³⁶. Celui-ci définit des lignes directrices et des codes d'usages internationaux et harmonisés visant à protéger la santé des consommateurs. Si ces normes ne sont pas contraignantes pour les 185 Etats membres,

³⁵ DEJOHN P., 2008, When outsourcing works. Know when vendor intervention can be a benefit or hindrance, *Materials management in health care*, 3p.

³⁶ <http://www.codexalimentarius.org/codex-home/fr/> [accédé le 27/07/12]

elles servent de référence dans l'élaboration des législations nationales. En France, ces normes sont déclinées par le Groupe d'Etude des Marchés en Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN), dont les objectifs nutritionnels sont devenus obligatoires par le décret du 30 septembre 2011.

A l'aune de la visite de la cuisine du Centre hospitalier intercommunal de Créteil, il semble que ce soit l'absence de personnels aptes à gérer un service de restauration qui explique la décision d'externalisation.

B) L'incapacité à réaliser les investissements nécessaires

Le second déterminant a contrario de l'externalisation tient à l'incapacité dans laquelle se trouvent les établissements hospitaliers de réaliser les investissements nécessaires au renouvellement des équipements de la cuisine. Ceux-ci ont une durée de vie d'environ quinze à vingt ans. Or l'investissement représente plusieurs millions d'euros. A titre de montant plafond, on peut citer le coût de l'opération de la cuisine centrale des Hospices civils de Lyon : 25,5 millions d'euros toutes dépenses confondues.³⁷ Ce montant intègre l'acquisition du terrain, l'ensemble des travaux de construction et de viabilisation de la parcelle ainsi que 95 % des équipements de cuisine. Il correspond à la plus grande cuisine hospitalière de France.

³⁷ LETHI V. et BONNEVIALLE P., 2010, Hospices civils de Lyon, la plus grande cuisine hospitalière de France, [en ligne] Techniqueshospitalieres.fr [accédé le 30/07/12], 5p.

3 L'OFFRE DE RESTAURATION EXTERNALISEE S'EST DIVERSIFIEE SANS EVITER DES ECUEILS FREQUENTS POUR LES CENTRES HOSPITALIERS

3.1 La pratique de l'externalisation s'est fortement diversifiée, en collaboration avec les sociétés de restauration collective et l'industrie agroalimentaire.

3.1.1 Les trois types traditionnels d'externalisation

A) La maîtrise des approvisionnements

La maîtrise des approvisionnements consiste à externaliser les achats alimentaires à une centrale d'achats ou à une société de restauration collective. Ce type d'externalisation est très fréquent. Ainsi, la quasi-totalité des centres hospitaliers d'Ile de France, hors Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, sont adhérents à une centrale d'achats dédiée, le Réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile de France, RESAH-IDF, pour leurs achats de produits alimentaires. Ce groupement d'intérêt public (GIP) rassemble dans une stratégie d'achat de groupe plus de 120 adhérents dont 65 établissements publics de santé et 60 établissements publics médico-sociaux. Ceux-ci représentent une capacité d'hospitalisation ou d'hébergement de plus de 42 000 lits et un volume d'achat annuel, hors opérations d'investissement, de plus d'un milliard d'euros.³⁸ L'ensemble des hôpitaux en régie directe visités pour la réalisation de ce mémoire sont adhérents du RESAH, soit les hôpitaux d'Eaubonne-Montmorency, de Gonesse, des Quinze-Vingts, de Montreuil et de Saint-Denis.

B) Le contrat d'assistance technique

Le contrat d'assistance technique a pour objet l'organisation - par un gérant employé par une société de restauration collective - de la production, qui demeure effectuée par le personnel de l'hôpital. Le gérant encadre, rédige les fiches de poste et forme aux bonnes pratiques ainsi qu'au respect des normes HACCP, Analyse des risques et points de contrôle critique (*Hazard Analysis and Critical Control Points*). C'est la situation du Centre hospitalier intercommunal de Créteil, qui a externalisé sa restauration sans reclasser son personnel mais en le plaçant sous l'autorité de la société concessionnaire.

³⁸ <http://www.resah-idf.com> [accédé le 10/08/2012]

C) La gestion complète de la cuisine ou externalisation complète

La gestion complète de la cuisine vise à transférer l'intégralité de la production à la société de restauration collective ; on appellera ce type d'externalisation, « l'externalisation complète ». La SRC peut effectuer sa prestation à partir d'une de ses cuisines centrales ou dans les locaux mêmes de l'hôpital. C'est cette dernière option qu'avait choisi Sodexo à Saint-Denis pendant la durée de son contrat, entre 2000 et 2009³⁹. L'entreprise avait même fait de son site de production dans l'hôpital une cuisine centrale qui livrait de nombreux autres clients Sodexo. Les besoins de Saint-Denis étaient d'environ 1700 repas par jour alors que Sodexo parvenait à produire entre 10 000 et 12 000 repas par jour.

Après avoir connu un certain engouement dans les années 1990 et au début des années 2000, l'externalisation complète connaît aujourd'hui un tassement. Il semble qu'elle ne parvienne pas à atteindre ses objectifs premiers que sont une qualité constante et une baisse des coûts. Les raisons de cette réticence des établissements hospitaliers vis-à-vis de l'externalisation complète sont détaillés ci-après dans la partie 3.3 Les écueils de l'externalisation complète.

3.1.2 Les différents niveaux d'externalisation

A) L'externalisation verticale

Aujourd'hui, le processus de production n'est plus entièrement internalisé ou externalisé. Certains segments de la production sont désormais confiés à des tiers. On peut qualifier cette organisation d'externalisation verticale. A titre d'exemple, il n'y a plus d'agents dédiés à l'épluchage des légumes. A la place sont achetés des produits de 4ème gamme c'est-à-dire pré-épluchés. Autre illustration, les cuisines ne recrutent plus de pâtisseries. Les pâtisseries sont fabriquées à partir d'éléments d'assemblage issus de l'industrie agroalimentaire par des agents ayant d'autres tâches tels que les cuisiniers.

CLASSIFICATION DES PRODUITS UTILISES EN RESTAURATION COLLECTIVE	
DENREES D'ORIGINE VEGETALE	DENREES D'ORIGINE ANIMALE
1^{ère} gamme : Fruits et légumes crus n'ayant subi aucun traitement de la part de l'industrie	Produits bruts : Produits d'origine animale dans leur état brut (exemple : carcasse de bœuf).

³⁹ Entretien avec Albert ADENET, responsable de la restauration, réalisé à Saint-Denis, le 13 juillet 2012.

agroalimentaire après la récolte.	
2ème gamme : Fruits et légumes crus ayant subi une pasteurisation, une appertisation DEFINIR , une stérilisation.	Produits pré-élaborés : Produits crus, parés, piécés pouvant être sous vide, frais ou surgelés.
3ème gamme : Fruits et légumes congelés ou surgelés.	Produits semi-élaborés : Produits dont les transformations de l'IAA ont un impact sur le goût du produit (via pré-cuisson, ajout d'une farce ou hydratation).
4ème gamme : Fruits et légumes crus prêts à l'emploi sous atmosphère contrôlée.	Produits finis : Plats cuisinés ne nécessitant plus de traitement pour la consommation, hormis la remise en température.
5ème gamme : Fruits et légumes cuits et conservés sous vide.	

Source : LAPORTE C., 2010, Cours d'ingénierie des systèmes de restauration, Université de Toulouse, cité dans PINEAU M., 2011, Les Déterminants de la centralisation en restauration hospitalière, Université de Toulouse, 115p. (p.50).

B) L'externalisation horizontale

Afin d'accroître leurs volumes d'affaires, les sociétés de restauration collective proposent à leurs clients de prendre en charge d'autres service que la restauration. Ainsi, la société Sodexo propose par exemple de s'occuper de l'entretien, de la sécurité, de la prévention incendie, du courrier, du transport, des petits déménagements, des espaces verts, de l'entretien des ascenseurs ou de la garde d'enfants des salariés.⁴⁰ Le périmètre des services proposés couvre l'ensemble des activités non cœur de métier. Néanmoins, l'évolution du modèle économique de Sodexo vers la gestion de services⁴¹ pourrait se rapprocher à terme du cœur de métier. Ainsi, lorsque la société Sodexo gère la restauration d'un hôpital, elle est également capable d'offrir le bio-nettoyage des salles d'opération, l'entretien des appareils médicaux, la maintenance des scanner et imagerie à

⁴⁰ ARNAUD JF., 2012, Sodexo offre le vivre en plus du couvert, Challenges, 3p.

⁴¹ *facility management* en anglais américain, cité dans M.R., 22/04/2011, « Sodexo s'affirme comme un groupe multiservice », Les Echos, 1p

résonance magnétique (IRM) etc. Considérant la restauration comme un point d'entrée, l'entreprise peut ensuite proposer la prise en charge d'une multitude de services de telle sorte que l'on peut qualifier cette pratique d'externalisation horizontale.

Pour les sociétés de restauration collective, le développement dans ces nouveaux métiers a pour intérêt que ces derniers sont peu sensibles aux fluctuations des matières premières. Pour l'hôpital concédant, avoir recours à l'externalisation horizontale a pour avantage de n'avoir qu'un seul interlocuteur. Par ailleurs il gagne du temps en réalisant un seul marché public plutôt qu'autant de services concernés. Mais recourir à ce type d'offre a deux inconvénients majeurs. D'abord, il en résulte une dépendance vis-à-vis d'une entreprise unique. Ensuite, la concurrence s'en trouve diminuée ; seules quelques très grandes entreprises sont capables d'offrir une large palette de services. Aujourd'hui des entreprises multinationales telles qu'Alcatel, Procter et Gamble, GlaxoSmithKline sont clientes de Sodexo. Dans la mesure où la taille de leurs sites est comparable à celle de centres hospitaliers, il est vraisemblable que certains hôpitaux signeront de tels contrats d'externalisation horizontale. Néanmoins, il faudra que les directeurs d'hôpital se montrent vigilants sur la qualité offerte dans chaque activité concédée. « Pour répondre à sa promesse d'économies globales, un interlocuteur qui ne fait que du pilotage met ses sous-traitants sous pression au détriment de la qualité du service. »⁴² avertit François Delatouche, président de l'association des responsables des services généraux (ARSEG)

3.1.3 L'industrie agroalimentaire n'est qu'aux prémises d'une nouvelle offre dédiée à la restauration hospitalière

A) Les débuts de l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire

Comme on l'a vu ci-dessus, la restauration collective devient de plus en plus une cuisine d'assemblage de produits de 4^{ème} et 5^{ème} gammes. Une nouvelle étape a cependant été franchie en 2011 par le Centre hospitalo-universitaire de Toulouse et le Centre hospitalier des Quinze-Vingts. Cette cuisine qualifiée de « type 45 » consiste à recevoir la viande cuisinée et prête à consommer ou le plat principal déjà prêt. Le rôle du service de restauration se limite à la remise en température des produits livrés par l'industrie agroalimentaire et au dressage des plats. Dès lors, certains acteurs de la restauration, tel Christian Lalande, ingénieur en chef du pôle hôtelier du CHU de Toulouse, qualifient la cuisine de « support logistique »⁴³.

Pour Philippe Rampin, responsable de la restauration au CHU de Toulouse, l'avantage premier de ce type de démarche est l'aspect économique. En effet, bien que le prix des plats cuisinés achetés soit important, il est compensé par la division par deux du nombre

⁴² BELLAICHE AS., 2011, Sodexo, l'entreprise à tout faire, L'Usine nouvelle, 4p.

⁴³ Entretien réalisé à Saint-Simon par M. Pineau le 02 mars 2011 in PINEAU M., 2011, Les Déterminants de la centralisation en restauration hospitalière, 115p. (p.57).

d'agents nécessaires à la production.⁴⁴ Par ailleurs, si la cuisine est conçue dans cette optique, elle requiert beaucoup moins d'investissements. En effet, les surfaces de fabrication chaude sont économisées ainsi que l'achat des équipements afférents (fours, sauteuses...). Néanmoins, ce type d'économies demeure aujourd'hui des gisements en ce début de mise en place de la restauration de type 45. Ainsi, le Centre hospitalier des Quinze-Vingts n'a pas encore réaffecté les surfaces aujourd'hui inutilisées. Si le processus de production est validé dans la durée, il ne fait cependant pas de doute que des réaménagements immobiliers sauront tirer partie de cet espace libre dans un hôpital où le prix du mètre carré - il est situé à deux pas de la place de la Bastille à Paris - est particulièrement élevé.

B) Les atouts de l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire

L'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire, que l'on appellera également « externalisation industrielle », apporte des avantages significatifs tant vis-à-vis de l'externalisation complète que de la production en interne.

a) Une qualité élevée

La première force de l'industrie agroalimentaire tient à la qualité de sa production. Pour en avoir un aperçu, il suffit de se rendre chez des chaînes de produits surgelés telles que Picard ou Thiriet. Celles-ci ont un cahier des charges extrêmement détaillés et précis qui garantissent des produits de grande qualité. Ce sont les mêmes industriels qui produisent sous les marques de ces chaînes de distribution et pour la restauration collective. La qualité est telle que les restaurants classiques recourent de plus en plus à ces produits. Ainsi, malgré l'absence de communication des distributeurs professionnels tels que Metro, les plats cuisinés les plus vendus à destination de la restauration traditionnelle seraient des classiques de la cuisine française tels que la blanquette de veau, le coq au vin, le bœuf bourguignon, le cassoulet, le civet, etc.⁴⁵ D'après Gérard GUY, président de la Confédération des professionnels indépendants de l'hôtellerie (CPIH), « Plus de la moitié des établissements mettent de tels produits à leurs menus. » Dans ce contexte, on comprend que la première exigence de la restauration hospitalière, la qualité, soit atteinte. En pratique, eu égard à la difficulté de recruter des cuisiniers compétents, la production de l'industrie agroalimentaire pourrait parfois s'avérer supérieure à celle de sociétés de restauration collective ou à celle de restaurations gérées en interne.

b) Une qualité constante

⁴⁴ Entretien réalisé à Saint-Simon par M. Pineau les 28 janvier et 7 février 2011 in PINEAU M., 2011, Les Déterminants de la centralisation en restauration hospitalière, 115p. (p.57)

⁴⁵ WATTEZ E., 2011, Les plats industriels envahissent les cuisines des restaurants, Capital, 4p.

La deuxième force de l'industrie agroalimentaire tient à la constance de la qualité de sa production. La production industrielle permet un contrôle très poussé du processus de fabrication et du résultat final. En cela, elle s'est inspirée des progrès qu'ont connus les chaînes d'assemblage dans l'industrie automobile. Il en résulte une quantification des erreurs et une mise au rebut des produits dépassant la marge de non-conformité autorisée. Ce mode de fonctionnement contraste avec la production alimentaire issue de restaurations en interne ou externalisées qui se montrent souvent artisanales. Dans ces deux modes de restauration, la production des plats chauds est la plupart du temps laissée à la discrétion et au jugement des cuisiniers. Ceux-ci peuvent certes faire varier la recette et apporter une touche de changement bienvenue mais ils sont également susceptibles de faire des erreurs dans les proportions ou les durées de cuisson.

c) La suppression des contraintes de délai de production

La restauration traditionnelle, en interne ou complètement externalisée, ne peut produire plus de trois jours à l'avance eu égard aux dates limite de conservation autorisées. Ce délai très court entraîne de fortes tensions dès lors qu'un imprévu (absence d'un cuisinier, essentiellement) empêche d'effectuer la production prévue. En revanche, les produits de l'industrie agro-alimentaire par leur longue durée de conservation réduisent considérablement les contraintes de délais pesant sur le service de restauration. En effet, sous atmosphère modifiée les aliments se conservent onze jours, sous-vide vingt et un jours et surgelés plusieurs mois.

d) Une gestion des stocks fortement facilitée

La conservation longue durée des produits issus de l'industrie agroalimentaire a un second avantage. Elle facilite la gestion des stocks en étendant la période de validité des produits. Par ailleurs, elle autorise une gestion au plus juste des quantités de production. En effet, les plats cuisinés sont livrés sous vide en multiportions. Dès lors, le personnel de la cuisine ne prélèvera que le nécessaire. Il en résulte une forte baisse des déchets alimentaires et particulièrement des produits finis. Or les pertes de produits finis constituent l'une des principales causes de dépenses d'un service restauration.

e) Une diminution des besoins en main d'œuvre

Dans la mesure où ce sont directement des plats cuisinés qui sont livrés, l'ensemble de la main d'œuvre destinée à la production chaude est économisée. Il ne s'agit pas uniquement d'un avantage économique pour l'hôpital. C'est également un atout précieux eu égard à la pénurie de cuisiniers qualifiés dans un secteur où les salaires et le rythme de travail contribuent à une faible attractivité.

Néanmoins, l'externalisation industrielle apporte une diminution des besoins en main d'œuvre, là où l'externalisation complète prend à sa charge l'ensemble des agents nécessaires.

f) Des besoins d'investissements moindres

L'externalisation industrielle permet d'importantes économies d'investissements. Les premières tiennent à l'acquisition et à l'entretien des équipements de production chaude (fours, sauteuses, etc.). Les secondes sont constituées par une économie de surfaces. Celles-ci peuvent alors être rendues aux services de soins, pour implanter par exemple des équipements de radiologie.

g) Normes d'hygiène

Le recours à l'industrie agroalimentaire a pour avantage de faire peser les contraintes de respect des normes alimentaires sur le prestataire. Celui-ci doit prouver que ses installations sont conformes et que l'ensemble des mesures et prélèvements sont opérés. Le service restauration de l'hôpital doit naturellement être conforme dans ses pratiques de manutention et de stockage des produits livrés. Mais le transfert de toute la conformité réglementaire de la production chaude constitue déjà un élément facilitant.

C) Les acteurs de l'industrie agroalimentaire

Bien que l'externalisation des hôpitaux auprès de l'industrie agroalimentaire n'en soit qu'à ses premiers pas, les acteurs industriels constituent déjà des entreprises de grande taille. Elles se sont développées via les chaînes spécialisées dans les produits surgelés et les marques de distributeurs de la grande distribution (Leclerc, Carrefour, Auchan, Casino, etc.). Quatre acteurs dominent le marché : Pomona, Transgourmet, Davigel et Brake.

Entreprises de l'industrie agroalimentaire	Nationalité	CA 2011
Pomona	France	2,6 Md €
Transgourmet	Suis., Allem.	1,1 Md €
Davigel	Suisse	0,8 Md €
Brake	R-U	0,5 Md €

Si Davigel est le troisième acteur français par le chiffre d'affaires de l'industrie des plats pré-préparés, il constitue une filiale du numéro un de l'industrie agroalimentaire, Nestlé. Cela peut expliquer son dynamisme vis-à-vis du secteur de la restauration hospitalière. C'est en effet le premier partenaire des deux hôpitaux français, Toulouse et les Quinze-Vingts, ayant opté pour l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire. Sa stratégie

est clairement tournée vers le secteur hospitalier. En effet, le groupe construit une nouvelle usine à Noval-Pontivy dans le Morbihan, qui ouvrira en janvier 2014, destinée principalement au secteur hospitalier.⁴⁶

Cette spécialisation de Davigel risque de lui donner un avantage de marché conséquent sur les hôpitaux souhaitant externaliser auprès de l'industrie agroalimentaire. Il paraît donc important que les hôpitaux par leurs choix d'entreprises prestataires puissent faire naître des concurrents sérieux à travers les trois autres grands précités ou en se fournissant auprès d'acteurs de plus petites tailles comme Fleury Michon ou Daucy.

3.2 Les revers de l'externalisation complète

3.2.1 Un secteur très concentré

Le secteur de la restauration collective s'avère fortement concentré. Trois groupes concentrent à eux seuls près de 80% du marché : Sodexo détient 34% du marché, Elios 26% et Compass 18%. Les trois majors sont présentes sur l'ensemble des segments de marché. Mais chacune a développé une spécialisation : la santé pour Sodexo, l'enseignement pour Elios et les entreprises et les administrations pour Compass.

Hormis les trois majors, il subsiste des acteurs de petite taille tels API Restauration, Dupont Restauration ou Convivio. Leur stratégie consiste à avoir un positionnement local au plus près des attentes de leurs clients.

Le panorama des dix premières sociétés de restauration collective (cf. tableau ci-dessous) montre une forte domination des entreprises françaises sur leur marché domestique. En effet on y dénombre seulement deux sociétés étrangères, l'italienne Cremonini spécialisée dans la restauration ferroviaire⁴⁷ et la britannique Compass, numéro un mondial de la restauration collective devant Sodexo et Elios.

⁴⁶ DU GUERNY S., 12/03/2012, « Plats cuisinés : le groupe Houdebine investit pour la restauration hospitalière », Les Echos, 1p

⁴⁷ Cette caractéristique explique le fort écart entre le chiffre d'affaires et le nombre de repas servis. Dans les trains, Cremonini qui a remporté le marché de la SNCF, sert essentiellement des prestations d'en-cas et de grignotage et peu de plateau-repas qui sont seuls comptabilisés comme repas.

Rang	Sociétés de restauration collective	Nationalité	Repas servis (M)	CA 2010
1	Sodexo	France	352	2 109 M €
2	Elior	France	303	1 662 M €
3	Compass	R-U	198	1 144 M €
4	Servair	France	73 (monde)	565 M€
5	API Restauration	France	83	272 M€
6	Ansamble (rachetée par Elior en 2012)	France	35	136 M€
7	Cremonini	Italie	2	133 M€
8	Dupont Restauration	France	33	132 M€
9	Convivio	France	21	70 M€
10	Restauration collective Casino	France	8	60 M€

NB : Ces données concernent exclusivement le marché français. Elles englobent tous les secteurs de la restauration collective.

Source : Xerfi 700, 2011, Restauration collective, 136p.

La concentration du marché dans les mains de trois acteurs s'avère peu favorable à une décision d'externalisation complète. Les sociétés de restauration collective disposent en raison de leur taille d'un fort pouvoir de marché. Elles peuvent plus aisément fixer leurs prix aux hôpitaux. Par ailleurs, la situation des petits acteurs se fragilisant, il est fort probable que les mouvements de restructurations se poursuivent à moyen terme. Le niveau de concentration dans la restauration collective concédée est ainsi amené à augmenter dans les années à venir.⁴⁸

Enfin, la situation de la restauration collective fait peser un risque d'atteinte à la concurrence eu égard au nombre restreint d'acteurs. Le risque d'entente entre les trois principales sociétés ne doit pas être négligé. Dans un secteur ayant de nombreuses similitudes avec la restauration, la location-entretien-blanchisserie de linge, les deux acteurs majeurs Elis et Rentokil Initial BTB ont respectivement été condamné par le Conseil de la concurrence à des amendes de 7,5 millions d'euros et 5,2 millions d'euros (Cf. Décision n°07-D-21 du 26 juin 2007 relative à des pratiques mises en oeuvre dans le secteur de la location-entretien du linge)

3.2.2 Les coûts et la qualité à surveiller

A) Coûts comparés

Malgré de multiples demandes adressées notamment à l'entreprise Sodexo et à un centre hospitalier, il n'a pas été possible de recueillir des exemples de coût moyen d'un repas externalisé. Cette absence de transparence reflète certes la volonté de protéger des

⁴⁸ Xerfi 700, 2011, Restauration collective, 136p.

données sensibles, qui pour Sodexo peuvent relever du secret industriel. Mais elle peut également traduire une pratique pusillanime visant à ne pas afficher des coûts que l'on sait peu compétitifs. Cela renforce l'idée que l'externalisation complète ne se traduit pas forcément par des économies budgétaires, à l'instar de la déclaration du directeur des finances du Moses Cone Health System (situé en Caroline du nord, Etats-Unis) : « En ce qui concerne les économies budgétaires, il n'y en a probablement pas. En revanche, nous disposons d'un niveau d'expertise plus élevé. »⁴⁹.

B) Périmètre des coûts

Dans l'appréhension du coût d'une prestation proposée par une société de restauration collective, le coût moyen du repas doit certes constituer le critère de choix majeur mais il ne doit pas occulter les autres prestations. Une attention particulière doit être portée aux prestations annexes aux repas. Celles-ci sont fréquemment facturées à des niveaux de prix élevés et grèvent les économies attendues du marché. Il en est ainsi des prestations pour les réunions ou événements occasionnels (commissions administratives paritaires, présentation des vœux au personnel, etc.), ainsi que les fournitures exceptionnelles de denrées (par exemple, pour les patients en fin de vie ou pour les ateliers gâteaux réalisés par la pédiatrie).

C) Evolution des coûts

Les prix du marché initial s'avèrent souvent attractifs. Une telle politique tarifaire vise à la captation de nouveaux clients. Un affichage de prix bas est en effet susceptible de faire basculer un hôpital dans l'externalisation complète. Néanmoins, ceux-ci peuvent significativement augmenter au cours du marché en fonction des clauses de révision des prix indexées sur le cours de certaines denrées alimentaires. En tant que pouvoir adjudicateur, il faut donc veiller à leur caractère raisonnable et non disproportionné. Enfin, un second moyen d'augmenter les prix pour une société de restauration collective s'offre à l'occasion du renouvellement du marché. A ce moment l'hôpital n'est en général plus en mesure de procéder à une réinternalisation parce que le personnel compétent lui fait défaut. Par ailleurs, l'hôpital a un intérêt objectif à poursuivre sa collaboration avec une entreprise qu'il connaît plutôt que recourir à un concurrent dont la qualité et la maîtrise des délais de livraison sont inconnus.

D) La qualité mise à l'épreuve

Les cahiers des charges utilisés lors d'un marché d'externalisation complète n'appréhendent la qualité des repas servis que de manière assez générale. L'écart de précision s'avère particulièrement important comparé au détail des cahiers des charges

⁴⁹ DEJOHN P., 2008, When outsourcing works. Know when vendor intervention can be a benefit or hindrance, Materials management in health care, 3p.

de l'industrie agroalimentaire. Ceux-ci portent sur chaque plat préparé alors que ceux des sociétés de restauration collective porteront par exemple sur le pourcentage de matière grasse d'un steak haché. Il s'ensuit que la société prestataire peut être tentée de diminuer ses coûts repas en réduisant la qualité des produits entrant dans ses plats.

3.2.3 La résistance au changement

A) Définition de la résistance au changement

Un des écueils majeurs se dressant face à un projet d'externalisation réside dans la résistance au changement des équipes. L'enquête américaine VHA de 2007 met ainsi en lumière que 40% des 161 responsables hospitaliers interrogés disent que la raison de ne pas externaliser était motivée par son impact négatif sur le moral.⁵⁰

La résistance au changement est « l'attitude individuelle ou collective, consciente ou inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée. Elle représente donc une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal de travail. » selon Dolan, Lamoureux et Gosselin.⁵¹

B) Réactions face à une externalisation

Face à un projet d'externalisation, les agents sont susceptibles de ressentir - comme pour tout changement d'organisation - de nombreux effets négatifs. Au nombre de ceux-ci, on peut citer la perte de points de repères, la peur de l'inconnu ou encore l'abandon des habitudes qui rythmaient le quotidien. Il en résulte un risque de démotivation des équipes, voire d'opposition au projet.

Le risque de résistance est renforcé par le fait que l'externalisation représente une forme de constat d'échec de la gestion en régie et par conséquent de l'équipe en place. Ainsi, l'équipe peut estimer que son travail est dévalorisé et que les efforts faits ne sont pas reconnus. Cet aspect très négatif est encore renforcé par l'image que véhiculent les sociétés de restauration collective pour les agents de la restauration en régie : des sociétés commerciales ayant pour objet la réalisation de profits et ne se préoccupant guère des patients. De plus, il faut s'attendre à ce que les organisations syndicales ne restent pas inactives dans un des services les plus sensibles au discours syndical.

Il est important de garder à l'esprit que dans la plupart des cas, l'externalisation à une société de restauration s'effectue avec le personnel en place. Compte tenu des effectifs en jeu, il est rare que l'hôpital puisse les reclasser, à l'exception des Centres hospitalo-

⁵⁰ DEJOHN P., 2008, When outsourcing works. Know when vendor intervention can be a benefit or hindrance, Materials management in health care, 3p.

⁵¹ DOLAN, S.L., LAMOUREUX, G. et GOSSELIN E., Psychologie du travail et des organisations, Montréal, Gaëtan Morin, 1996, 500 p. (p.486) in BAREIL C., 2004, La résistance au changement : synthèse et critique des écrits, HEC Montréal Centre d'études en transformation des organisations, 17 p.

universitaires, qui disposent d'un volant de personnel tel que le jeu des départs en retraite et des mouvements peuvent permettre un reclassement interne. La gestion du personnel, c'est-à-dire des agents titulaires employés par l'hôpital, est réalisé par un chef gérant, qui lui est employé par la société externe. Ce positionnement particulier doit éviter la démotivation du personnel, en créant une dynamique d'équipe.

C) Management du changement

Confronté à ces difficultés, le manager doit essayer d'établir un climat de confiance, ou plutôt de protéger le climat de confiance existant. Si celui-ci ne préexistait pas, il semble illusoire de vouloir l'établir à la veille d'un changement d'organisation. La préservation du climat de confiance entre le directeur responsable de la décision d'externalisation et les agents du service de restauration paraît essentielle. Les interrogations du personnel feront l'objet d'une attention particulière et de réponses systématiques, de préférence dans le cadre de réunion avec tous les agents, afin que l'information circule convenablement. Une fois le projet bien délimité, la transparence vis-à-vis des agents permet de dissiper les craintes et d'éviter que naissent des rumeurs infondées. Alors, une relation de travail apaisée sera établie. « Dans un contexte [de confiance], les manifestations actives et explicites de résistances ne sont plus perçues comme étant des plaintes ou des récriminations mais plutôt des questions légitimes, des compléments, des suggestions ou des idées d'amélioration. »⁵² L'objectif vise alors à expliquer les causes du projet d'externalisation, les buts recherchés et à associer les agents au projet pour qu'ils le fassent leur. Pour Céline BAREIL, professeure de management à HEC Montréal, on résiste avant tout « à l'aspect social du changement, à la façon dont il est introduit et au respect des employés. » Ce dernier élément paraît essentiel. Les agents de la restauration peuvent parfois être considérés avec condescendance.⁵³ Le fait pour un directeur de rester proche du personnel, d'aller régulièrement dans les cuisines, permet de valoriser le travail effectué, de motiver les agents mais également de mieux expliciter les changements envisagés, en ne laissant pas seul le responsable restauration.

3.2.4 L'externalisation est-elle un choix de non retour ?

A) Les obstacles majeurs au retour en régie

Le choix de l'externalisation constitue un choix stratégique eu égard au temps sur lequel il engage l'hôpital. La durée d'un marché public d'externalisation de la restauration est généralement de quatre à cinq ans. Or, dès lors que l'hôpital a opté pour l'externalisation complète, il devient un marché captif. Cette situation s'explique par la difficulté de réunir les deux conditions préalables à l'abandon de l'externalisation : le rachat des machines et

⁵² BAREIL C., 2004, La résistance au changement : synthèse et critique des écrits, HEC Montréal Centre d'études en transformation des organisations, 17 p.

⁵³ Témoignage d'un responsable de restauration, cité sous couvert d'anonymat.

équipements de restauration et le recrutement d'un personnel compétent. Le point le plus décisif tient à la perte du savoir-faire mais les tensions croissantes sur l'accès au crédit par les établissements de santé ne doivent pas minorer les difficultés de réaliser un investissement majeur, de plusieurs millions d'euros.

Cette situation place l'hôpital dans une situation de dépendance vis-à-vis de la société de restauration collective. Il en résulte que celle-ci pourra plus aisément augmenter ses prix lors du renouvellement du contrat. La pression sur les prix sera d'autant plus faible que la très forte concentration du marché de la restauration collective (cf. 3.2.1 supra) n'induit pas une situation très concurrentielle.

B) Bien que difficile, la réinternalisation demeure possible

Malgré les obstacles décrits ci-dessus, la réinternalisation de la restauration n'est pas impossible. Le Centre hospitalier de Saint-Denis en constitue un exemple récent éclairant. L'hôpital de Saint-Denis a externalisé sa fonction restauration durant dix ans. De 2000 à 2009, elle a confié la fabrication de ses repas à Sodexo. Néanmoins, de nombreux problèmes étaient identifiés. Ils touchaient à la qualité gustative, au respect de la carte patient, et au management des équipes. Les responsables tournaient très rapidement. Cette situation entraînait de nombreuses pénalités financières à la charge de Sodexo. En 2010, l'hôpital a modifié le prestataire pour tenter d'améliorer la situation. C'est la société Medirest, appartenant au groupe Compass qui a été choisie. Cependant, les prestations n'ont pas été améliorées comme attendu. Dès lors, il a été décidé de réinternaliser la restauration.

L'ensemble du personnel employé par la société de restauration collective a été repris par l'hôpital. Cela représente 65 agents, dont 97% étaient contractuels (la reprise du personnel ne s'est pas accompagnée de titularisations). Un ingénieur restauration a été recruté pour une mission d'un an. Il a été remplacé par un responsable de restauration ayant travaillé dix ans comme salarié dans le service alimentation d'un magasin Ikea et dix ans comme entrepreneur. Un travail important a été effectué pour remobiliser le personnel : travail sur l'ergonomie, les fiches de poste, le calibrage de l'activité, la formation, notamment pour lutter contre l'absentéisme. Bien que certaines difficultés demeurent, le mouvement de réinternalisation se montre plutôt un succès. Le service restauration a ainsi remporté l'appel d'offre du Centre hospitalier d'Aulnay-sous-Bois (Seine Saint-Denis).

4 AVENIR DE LA RESTAURATION HOSPITALIERE, SUIVI DE L'EXTERNALISATION ET PROPOSITIONS

4.1 Les orientations de la restauration hospitalière : recherche de la taille critique et concentration sur le cœur de métier

Créer une restauration hospitalière optimale consiste à mettre en œuvre une logistique telle que le plateau-repas soit composé sans erreur, d'une qualité gustative élevée et constante et servi au patient à température et en heure à un coût maîtrisé. Cela implique un changement avec le modèle actuel qui est encore essentiellement fondé sur une logique de production et non centré autour de la prise en compte de la satisfaction du patient.

4.1.1 Organisation de la production

A) Un hôpital – une cuisine : un mode de production sous-optimal

La restauration hospitalière fondée sur le diptyque un hôpital – une cuisine, encore très largement majoritaire aujourd'hui, paraît sous optimal. Il aboutit au fait que même les hôpitaux ayant un faible nombre de lits conservent un service de restauration au complet. Ce mode de fonctionnement montre trois limites majeures :

a) Un respect des normes plus lâche

Aucun des six services de restauration visités – dont le plus important compte 65 agents – ne dispose de qualitecien, c'est-à-dire d'un ingénieur spécialisé en qualité. Il en résulte que la supervision du respect effectif des normes est réalisée par un non spécialiste (fréquemment le responsable de la restauration ou son adjoint), en sus de ses fonctions principales. Cela ne signifie pas que les normes sanitaires ne soient pas globalement respectées, mais des lacunes peuvent persister sans qu'elles soient correctement identifiées et traitées.

b) Des tensions sur le personnel

La restauration constitue l'un des services les plus tendus de l'hôpital. Elle doit absolument servir chaque jour l'intégralité des patients et du personnel. Il en résulte que l'absence d'un ou deux cuisiniers pour de petites structures qui réalisent la production chaude avec justement un ou deux cuisiniers pose de très grosses difficultés. Il s'ensuit que ces structures se prémunissent de ce risque en constituant des sureffectifs. Ce comportant auto-assurantiel majore les coûts de structure et plus particulièrement le coût de revient du repas.

c) Un surinvestissement

La production d'un nombre peu élevé ou élevé de repas requiert dans les deux cas des installations de cuisine similaires. Il en résulte un surinvestissement des restaurations de centres hospitaliers de petite taille. Or le montant de dépenses correspondant au renouvellement d'une cuisine est très significatif. Au Groupement hospitalier Ermont-Montmorency, il s'est élevé en 2008 à six millions d'euros y compris le matériel et la réfection des offices alimentaires.⁵⁴

B) Les deux modes de production d'avenir

Le diptyque un hôpital-une cuisine, aujourd'hui prédominant devrait au cours des prochaines années laisser place à deux types d'organisation permettant d'atteindre la taille critique recherchée :

a) L'externalisation partielle ou totale auprès de l'industrie agroalimentaire

Comme on l'a vu en 3.1.3.B) [Les atouts de l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire](#) sont au nombre de sept. Ce mode de fonctionnement réunit les trois avantages clés pour une restauration : la qualité, la constance de la qualité et le respect des délais. Il permet d'opérer un [Recentrage sur le cœur de métier de la restauration](#), détaillé ci-après en 4.1.2.

Cette manière d'assurer la restauration constitue assurément l'un de ses avènements car elle opère un changement de nature de production, la faisant passer d'un mode artisanal à un mode industriel. Si ce terme peut être connoté négativement, le mode de production industrielle emporte comme atout un niveau de sûreté que ne peut égaler le mode traditionnel de production artisanale.

Cette approche a néanmoins un handicap culturel : elle retire aux hommes et femmes des services de restauration la fonction de cuisinier pour leur confier celle, considérée comme moins noble, de logisticien. Cependant, les forces en sa faveur sont de nature à ce que les responsables de restauration reconsidèrent leur position. Les entretiens menés auprès de six responsables de restauration montrent d'ores et déjà que la supériorité gustative et la constance des produits de l'industrie est reconnue.

Pour passer le cap, une comparaison des coûts respectifs de la production en interne et de l'achat auprès de l'industrie agroalimentaire doit être menée. La société Davigel a refusé de transmettre le prix moyen de ses plats cuisinés.⁵⁵ Plus éclairante est l'étude réalisée par le CHU de Toulouse comparant le coût d'un repas lorsque leur restauration était totalement en régie et depuis qu'ils ont externalisé la production du plat principal

⁵⁴ Entretien réalisé à Montmorency avec M. Francis DYON, responsable de la restauration, le 16/08/2012.

⁵⁵ Entretien avec Mme Cécile MONTHULE et M. Gérald PINTEAUX, de Davigel, mené à Montreuil le 22/08/2012.

auprès de l'industrie agroalimentaire. On constate une diminution moyenne du coût repas de 18% s'expliquant par une baisse des charges de personnel et des autres charges (amortissement de matériel et fluides, notamment) qui fait plus que compenser la hausse des dépenses d'alimentation. Au final, le coût 2011 de la nouvelle organisation, 5,76€, est proche du coût 2009 d'un repas selon la base d'Angers, 5,34€

**Comparaison des coûts de la restauration du CHU de Toulouse
avant et après externalisation**

Charges	Restauration en régie	Part	Externalisation IAA	Part
Personnel	9 801 000	50%	6 783 000	42%
Alimentation	6 938 610	35%	8 248 610	51%
Autres	2 996 642	15%	1 178 642	7%
Total	19 736 252	100%	16 210 252	100%

Coût repas	7,02		5,76	-18%
-------------------	------	--	------	------

Légende :

IAA : industrie agroalimentaire. En euros constants

56

b) L'externalisation complète vers une cuisine centrale de taille industrielle

Le second mode de production qui paraît devoir s'affirmer au cours des prochaines années est l'externalisation auprès d'une cuisine centrale au fonctionnement industriel. Dans cette hypothèse, la production est également externalisée ; le service de restauration ne conservant que des fonctions logistique. Ce mode de production a pour objet de faire en sorte que la cuisine centrale atteigne la taille critique susceptible d'industrialiser le processus de fabrication du plateau-repas. Dès lors, cette solution réunit également les atouts de l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire, à l'exception de deux que sont la suppression des contraintes de délai de production et la gestion fortement facilitée des stocks. En effet, ces deux avantages sont liés au mode de conservation des aliments. Si les repas sont livrés en liaison froide, la cuisine centrale ne dispose pas de ses deux avantages. En revanche, si la cuisine centrale opte pour des modes de conservation identiques à ceux de l'industrie tels que le sous-vide, le sous-atmosphère modifiée ou le surgelé, alors l'externalisation vers une cuisine centrale

⁵⁶ CHU de Toulouse, Nov. 2011, Dossier de presse nouvelle restauration, 28p.

présente exactement les mêmes atouts que l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire.

Ce fonctionnement de cuisine centrale existe déjà pour de gros Centre-hospitalo-universitaire tels que les Hospices civils de Lyon. En revanche, le fait que le service restauration du Centre hospitalier de Saint-Denis produise 3500 plateau-repas et livre le Centre hospitalier d'Aulnay-sous-Bois ne fait pas de sa cuisine une cuisine centrale de taille industrielle. Un exemple de cuisine centrale de taille industrielle opérée par une société de restauration collective est celui du traiteur pour collectivité installé en Picardie, Sagere, qui sert 25 000 couverts par jour. Il n'a cependant pas été possible de recueillir des données financières relatives aux coûts de production de l'externalisation vers une cuisine centrale de taille industrielle. Les arguments développés ci-dessus doivent donc être entendus et nuancés à l'aune de l'impossibilité de comparaison avec les coûts de la production en régie ou ceux de l'externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire.

4.1.2 Recentrage sur le cœur de métier de la restauration

La production de repas relève-t-elle encore du cœur de métier de la restauration ? Cette question ne se veut pas polémique mais vise à interroger nos représentations habituelles. Le travail effectué pour ce mémoire amène à remettre en cause l'image d'une restauration symbolisée par la production culinaire. A l'aune du travail réalisé à l'occasion de ce mémoire, il apparaît que la production culinaire bien qu'importante n'est plus centrale dans un service de restauration. Cette conclusion s'appuie sur deux arguments principaux. Le premier tient au fait que la qualité des plats ne joue que de manière minoritaire dans la non-alimentation. Ainsi, parmi les causes de non consommation des plateau-repas, le non attrait gustatif représenterait 12%, selon l'étude présentée supra en page 4.⁵⁷ Le second argument réside dans l'observation de la composition des services de restauration. Les cuisiniers sont toujours très minoritaires. Ils représentent environ 10% à 15% des effectifs. Cette minorité ne signifie pas que la production culinaire ne soit pas importante mais elle constitue un indice selon lequel elle n'est plus centrale. Cela conforte la proposition d'organisation de la production par externalisation auprès de l'industrie agroalimentaire ou vers une cuisine centrale de taille industrielle.

Face à cette perte de centralité de la production culinaire, trois fonctions du service de restauration paraissent devoir faire l'objet d'un recentrage des organisations : l'assemblage du plateau-repas, la présentation du repas et le service au patient.

A) L'assemblage du plateau-repas

Tâche logistique, réalisée par des agents peu qualifiés, l'assemblage des plateau-repas est souvent mal considéré. Pourtant, il a pour objet de préparer le repas d'un patient avec

⁵⁷ ZAZZO JF., 2003, Etude Energie 4+. (Pas au goût du patient : 8% + N'aime pas a priori certains plats : 4%)

l'ensemble de ses composants. L'erreur de composition s'avère particulièrement ennuyeuse dans un hôpital en comparaison avec des établissements n'accueillant pas de personnes affaiblies par une ou plusieurs pathologies. Le fait de servir un plateau-repas mal composé à un patient diabétique ou à un patient ne pouvant plus mastiquer illustre le caractère cardinal de l'assemblage du plateau-repas. La réduction au minimum du taux d'erreur d'assemblage devient ainsi un objectif de premier plan. Afin de faciliter les contrôles d'assemblage plateau, l'informatisation pourrait dans de nombreuses cuisines être améliorée. Si chaque élément du repas était doté d'une code-barres, alors les contrôles de plateaux pourrait devenir systématique et bien plus rapide.

B) La présentation du repas

La deuxième étape du processus de restauration constituant le cœur de métier de la restauration tient à la présentation du repas. Comme nous l'avons vu, la qualité de la nourriture est importante, mais elle doit être mise en valeur afin qu'elle soit appétissante. En effet « des études montrent que 80 % de l'appréciation d'un repas est déterminé par l'environnement et que seulement 20 % par la qualité alimentaire ».⁵⁸

Chacun a déjà fait l'expérience d'une assiette bien présentée dans un restaurant. L'hôpital devrait s'inspirer de ces restaurants ayant un véritable savoir-faire dans la présentation de leurs plats. Le *bento*⁵⁹ japonais qui fait l'objet d'un intense travail de composition en termes visuels pourrait quant à lui constituer une source d'inspiration pour le plateau-repas.

Certaines sociétés de restauration collective ont compris qu'une part décisive de l'attrait du repas et donc de la bonne nutrition se jouait en fin de procédé, c'est-à-dire auprès du patient. Ainsi la société Apetito France⁶⁰, filiale du numéro un allemand, fait du travail sur le conditionnement et sa personnalisation en fonction du patient, une marque de différenciation vis-à-vis de ses concurrents.

C) Le service au patient

En tant que dernière étape du processus de restauration, le service au patient doit faire l'objet d'une attention bien plus forte qu'il n'en est aujourd'hui. Selon que le contact de la personne chargée du service se montre chaleureux ou froid varie la perception par le patient du plateau-repas qui lui est apporté. Autrement dit, une atmosphère chaleureuse lors du service - établie par un sourire et un petit mot - influe considérablement sur la consommation réelle des plats.

⁵⁸ TERRASSON L., 2010, « Focus Restauration hospitalière », Cuisine collective, 6p.

⁵⁹ Un *bento* est un plateau-repas qu'il est possible d'acheter au Japon dans des chaînes d'épicerie ou dans un restaurant.

⁶⁰ SOUBELET I., 2011, Hervé Attali, DG d'Apetito France : « Nous devrions signer un contrat avec un hôpital en 2012 », Norestauratation, 2p.

Il existe deux types de service au patient. Le premier est effectué par une hôtelière appartenant au service de restauration. Il s'agit d'un agent chargé du service au lit du patient et d'autres tâches relatives au fonctionnement du service de restauration, telles que l'assemblage des plateau-repas. Le second type de service au patient est assuré par une aide-soignante. Celle-ci a pour autres tâches celles que lui délèguent les infirmières. Parmi ces deux organisations, le service au patient assuré par une aide-soignante paraît le plus recommandable. En effet, l'aide-soignante connaît le patient et est connu de lui. Ces contacts répétés permettent d'établir un lien de confiance, important pour maximiser la consommation des plateau-repas. Enfin, si l'on considère véritablement l'alimentation comme un soin, celle-ci doit être effectuée par un personnel soignant. En ce sens, Pascal Loye, responsable restauration à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, indique « Si les repas sont généralement dispensés par des aides-soignants, c'est aussi parce que les médicaments interfèrent dans la prise du repas. Ils peuvent ne serait-ce que modifier le goût, ou provoquer des troubles digestifs. »⁶¹

En plus de la formation initiale des aides-soignantes qui traite convenablement de l'alimentation, comme on l'a vu en introduction⁶², des formations au service hôtelier pourraient être organisées à leur attention. Le contenu de cette formation viserait à savoir personnaliser le service en fonction des patients (âge, maladie, handicap), à recueillir les aversions gustatives et à évaluer la satisfaction des patients.

⁶¹ LOYE, P., 2012, Les repas des hôpitaux : au-delà de leur réputation, ils font partie des soins, *Nouvel Observateur* [en ligne] [accédé le 30/07/12], 2p.

⁶² Page 6 (bas de page).

4.2 Suivi de l'externalisation et propositions

4.2.1 Le suivi de l'externalisation

A) Le cahier des charges

A l'instar d'autres marchés d'importance, l'externalisation du service de restauration doit faire l'objet d'un cahier des charges précis. Jean-Fabien Zazzo, coordonnateur du CLAN central de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, conseille de « prendre un consultant spécialisé dans ce domaine qui aidera l'établissement tout au long de la procédure sur le plan technique et sera le garant d'une certaine objectivité auprès des organismes de tutelle et des partenaires sociaux »⁶³

Cela peut être d'une aide précieuse, néanmoins recourir à un prestataire externe pour une prestation d'externalisation risque de démotiver les agents de la restauration restant. L'exemple de la restauration du Centre hospitalier des Quinze-Vingt est à cet égard éclairant. A l'été 2011, la direction a présenté en Comité technique d'établissement un projet d'externalisation de la restauration. Un des agents de la restauration siégeant au CTE a demandé un délai. Il lui a été accordé un mois. En un mois, l'équipe de la restauration a mis sur pied un projet, en négociant avec les fournisseurs, en renonçant à dix jours de réduction du temps de travail et en réduisant les effectifs de douze agents à onze. Ce projet aboutissait aux mêmes coûts que la société de restauration collective la moins-disante. La solution en interne a donc été choisie et est devenue une grande source de fierté et de motivation pour les agents dans l'atteinte des objectifs que ceux-ci se sont engagés à atteindre. Cette réaction d'un service face au risque de son démantèlement constitue à tous égards un cas d'école de management. Il se distingue par le fait que l'équipe en place n'a pas été dessaisie de la décision d'externalisation. Dans le cas d'une décision ferme d'externalisation, il paraît judicieux d'associer les agents de la restauration à l'établissement du cahier des charges. C'est en effet eux qui par la suite seront chargés d'en assurer le respect par la société de restauration collective.

Le cahier des charges doit notamment comprendre les éléments suivants :

- Exigences pour les matières premières non transformées :
 - Qualités
 - Provenances
 - Compositions
 - Conditionnement

⁶³ - ZAZZO JF., MEAH, 2006, Organisation de la restauration à l'hôpital (tome 1), 156p.

- Exigences des produits finis :
 - Grammage
 - Aspect extérieur
 - Aspect gustatif
 - Niveau de cuisson
 - Exigences logistiques :
 - Nombre de repas
 - Délai de livraison
 - Conséquences en cas de non-respect du cahier des charges :
 - Pénalités financières dissuasives

B) Le suivi du contrat de délégation

« L'externalisation doit être placée sous la supervision d'un responsable de restauration qualifié payé par l'hôpital. »⁶⁴ Le responsable de restauration doit s'appuyer pour cela sur un tableau de suivi, qui peut s'inspirer des éléments présentés ci-dessous :

TABLEAU SOMMAIRE DE SUIVI D'UNE RESTAURATION EXTERNALISEE

REPAS CUISINES	RESULTAT
- Nombre pour le mois	40 000
- Grammage	Conforme
- Aspect extérieur	Apétissant
- Aspect gustatif	Bon
- Niveau de cuisson	A point
DELAI DE LIVRAISON	
- Livraisons au jour prévu	100%
SATISFACTION	
- Taux de satisfaction minimum de 85%	85%
HYGIENE	
Pourcentage des résultats satisfaisants	
- Des contrôles internes	100%
- Du laboratoire extérieur	100%

⁶⁴ SHARMA RK., SHARMA R., 2009 Comparative analysis of outsourced hospital dietary services vis-a-vis in house dietary services for cost containment and quality: a case study in a super speciality tertiary hospital, Journal of the Academy of Hospital Administration, vol. 21, 5p.

Cette évaluation de la prestation de la société de restauration collective sera effectuée mensuellement autour d'un déjeuner test permettant de renseigner les informations requises. En cas de non-conformité, les pénalités financières seront systématiquement calculées et transmises à la société pour paiement.

4.2.2 Propositions pour une restauration optimale

A) Orienter davantage le travail vers la satisfaction des patients

a) Etablir une enquête de satisfaction standardisée

Aujourd'hui l'un des obstacles à l'accroissement de la prise en compte de la satisfaction des patients est la diversité de ses mesures. C'est en permettant une comparaison aisée et sans contestation possible que les hôpitaux seront amenés à accroître leurs efforts visant une meilleure satisfaction des patients. Dans cette perspective, il est proposé de concevoir une enquête de satisfaction standardisée pour l'ensemble des hôpitaux. Le nombre de questions serait volontairement limité à moins de dix afin que sa réalisation ne crée pas d'appréhension chez l'agent chargé de la réaliser et soit rapide pour le patient. La définition des questions pourraient être définies par un groupe de travail composé de responsables de restauration, de médecins nutritionnistes, de diététiciens et de directeurs d'hôpital. Ce travail serait ensuite repris dans une circulaire du ministère de la Santé. En annexe n°2 figure une proposition d'enquête de satisfaction standardisée. L'enquête étant commune à tous les hôpitaux, le taux de satisfaction globale permettrait de classer les établissements.

b) Faciliter le recueil de l'avis des patients

Le fait de disposer d'une enquête de satisfaction unique doit également s'accompagner d'une solution au problème auquel nombre d'établissements sont confrontés : l'absence d'agents disponibles pour recueillir les avis des patients. Pour faciliter la réalisation de l'enquête un moyen efficace serait de la confier aux personnes mêmes qui recueillent les avis gustatifs, c'est-à-dire la plupart du temps les aides-soignantes. Les terminaux portables que celles-ci utilisent pour les avis gustatifs devront également permettre de faire l'enquête de satisfaction. Eu égard à l'équipement des personnels en téléphones-internet, il pourrait également être créée une application permettant de recueillir l'avis du patient de manière électronique.

B) Accroître la transparence

Si l'on souhaite une saine émulation des centres hospitaliers, il paraît important que les indicateurs clés de leurs restaurations soient publiés. Dans ce cadre, il est proposé la publication sur un site internet national des hôpitaux :

a) Des procès-verbaux d'inspection sanitaire

Selon les régions, l'inspection sanitaire d'un centre hospitalier intervient en moyenne tous les deux à trois ans. Il s'agit d'un outil puissant pour modifier les mauvaises pratiques. Néanmoins, son effet est moindre lorsqu'aucune non-conformité majeure (« D »), synonyme de risque de fermeture, n'est relevée. Afin de maintenir une motivation élevée pour améliorer les pratiques en cas de non-conformité moyenne et non-conformité mineure, il est donc proposé de publier systématiquement les résultats des inspections sur un site ouvert à tous. Cela permettra une meilleure information des patients, de leur famille et du personnel.

b) Des enquêtes de satisfaction

La publication des résultats des enquêtes de satisfaction a pour avantage d'objectiver des perceptions diffuses pas forcément étayées. Référence pour les services de restauration, elle permettrait l'établissement de stratégies de positionnement vis-à-vis des autres hôpitaux de la région. Enfin, une telle information disponible serait susceptible d'être reprise par la presse – à l'instar des classements actuels des hôpitaux réalisés par le Point – valorisant le travail des restaurations les mieux classées et poussant à l'amélioration les moins bien classées.

C) Réduire drastiquement la durée de renouvellement de la carte

« La durée moyenne de séjour ne cesse de se réduire dans les établissements MCO médecine, chirurgie, obstétrique et atteint en moyenne 3,5 jours. »⁶⁵ Pourtant, la baisse des durées moyennes de séjour n'a pas été prise en compte par la restauration. Ainsi la rotation de la carte au Centres hospitaliers de Montreuil et de Saint-Denis est de quatre semaines, au Groupement hospitalier Ermont-Montmorency de six semaines. Ces très longues durées de rotation peuvent s'expliquer lorsque l'hôpital accueille un service de long séjour, ce qui est le cas d'Ermont-Montmorency. Dans les autres cas, elles sont difficilement explicables. Les atouts d'une rotation rapide résident dans les volumes d'achat plus importants mais également dans la meilleure maîtrise des plats par les cuisiniers. Ainsi, le Centre hospitalier des Quinze-Vingts a opté pour une rotation d'une semaine. Chaque lundi est servi le même plat. Cette décision est permise par la brièveté du séjour des patients en ophtalmologie. Néanmoins, une telle organisation n'est pas à rejeter d'emblée lorsque la durée moyenne de séjour est plus longue. En effet, rares sont les personnes qui chez eux ne mangent pas la même chose durant deux semaines d'affilée.

Par ailleurs, pour les soins réalisés en ambulatoire un repas n'est pas forcément adapté. Une collation – composée par exemple d'un fromage, d'un pain, d'un fruit et d'un gâteau –

⁶⁵ SOUBELET I., 2006, Des pistes à tout prix, Néorestaurations, 1p.

est plus facilement consommée et point non négligeable coûte environ trois fois moins cher qu'un repas.

D) Adopter une démarche qualité plus élevée

« Le domaine de la cuisine s'apparente encore trop souvent au milieu de l'artisanat alors que la restauration hospitalière devrait pouvoir adopter les modes de fonctionnement du monde semi-industriel. »⁶⁶ Cette assertion est notamment vraie dans le processus de qualité. Ainsi, aucun des six services de restauration visités n'était certifié ISO. Tout se passe comme si l'ampleur des efforts à fournir pour obtenir la certification ISO 9001 était si importante qu'elle était rejetée d'emblée. Pourtant, s'engager dans une telle démarche est une source de valorisation du travail effectué par tous les agents du service de restauration. Elle permettrait de travailler en amont sur les points de vérification d'une inspection sanitaire, évitant des situations de mise en demeure de fermeture.

E) Sensibiliser le personnel de direction à l'alimentation servie aux patients

Les membres de la direction d'un hôpital entretiennent une relation particulière vis-à-vis de leur restauration. Certains ne déjeunent jamais au self, tandis que d'autres y déjeunent presque systématiquement. Particulièrement, le fait que le directeur ou la directrice de l'hôpital déjeune au self constitue une source de fierté pour le responsable de restauration et son équipe. C'est également un signal donné aux agents de l'hôpital d'une égalité de traitement porteuse de sens.

Dans un autre ordre d'idées, il paraît important que l'équipe de direction connaisse la qualité de l'alimentation servie aux patients. Il est donc proposé qu'une fois par mois, un comité de direction soit organisé autour d'un déjeuner de direction avec un plateau repas patient. Ainsi, l'équipe de direction serait directement familiarisée avec l'alimentation donnée aux patients et pourrait juger par elle-même de la qualité de la prestation.

F) Décomposer le forfait hospitalier

Le forfait hospitalier payé par chaque patient hospitalisé vise à financer les dépenses d'hôtellerie du patient. Son montant est aujourd'hui de 18 euros, inchangé depuis le 1^{er} janvier 2010. Il est proposé de le ventiler en fonction des prestations offertes : restauration (trois repas), hébergement (nuitée), blanchisserie (draps et linges). Cela permettrait une comparaison avec les coûts moyens des hôpitaux base d'Angers (5,34 euros pour le coût de revient d'un repas en 2009, dernière évaluation en date). En cas de différentiel pour la moyenne des hôpitaux, cela signifierait que la facturation des soins (T2A) finance la logistique.

⁶⁶ GUY-GRAND B., 1997, Alimentation en milieu hospitalier, 237p.

Conclusion

« Il ne suffit pas qu'un aliment soit bon à manger, encore faut-il qu'il soit bon à penser »

Claude Lévi-Strauss, *Mythologiques*, Tome I, *Le cru et le cuit* (1964)

Cette citation de Lévi-Strauss met l'accent sur la dimension culturelle inhérente à l'alimentation. Un aliment doit être entouré d'un environnement propice à son ingestion. C'est pour cette raison que la présentation du repas et le service au patient figurent dans ce mémoire dans le cœur de métier de la restauration.⁶⁷

On a vu que le choix entre externalisation et internalisation perçu à l'origine comme une alternative entre deux systèmes opposés s'est transformé aujourd'hui en une question de gradation. Même si la régie directe s'avère ultra-majoritaire dans les services de restauration hospitalière, il n'y a plus de fabrication totale en interne. Le fait que 87% des hôpitaux conservent leur restauration en régie incite à penser qu'elle demeure un service relativement peu mis sous tension, a contrario du nettoyage des parties communes, de l'entretien des espaces verts ou de la blanchisserie.

Cet état de l'organisation des services de restauration rappelle l'importance qu'ont les représentations collectives dans les décisions de management. L'externalisation est presque toujours perçue dans une structure - a fortiori dans un hôpital public - comme l'entrée d'un corps étranger mû par la recherche de profits. Pourtant l'externalisation ne constitue qu'un outil de gestion, qui doit être envisagé comme un moyen de comparaison de l'organisation existante. Elle devrait non plus être conçue comme une alternative à l'organisation existante mais comme un moyen d'améliorer sa performance en l'associant à l'organisation en place.

Dans ce contexte, l'externalisation perçue comme un moyen de fournir un service périphérique paraît dépassée. Aujourd'hui on constate avec le recours à des intérimaires dans les blocs opératoires, que l'externalisation a atteint le cœur du réacteur des hôpitaux. Il nous semble que l'externalisation est appréhendée de manière plus juste en tant que moyen à la disposition des responsables pour combler une lacune dans une organisation ou améliorer sa performance. Il ne faut pas y avoir recours dans l'objectif premier de réaliser des économies. Il s'agit d'abord d'un vecteur d'amélioration de la satisfaction du patient. C'est ainsi qu'un projet d'externalisation peut fonctionner car il est alors susceptible de recueillir l'adhésion des équipes au projet. C'est ce dernier élément

⁶⁷ Cf. 4.1.2 Recentrage sur le cœur de métier de la restauration

qui paraît essentiel : que la restauration soit réalisée en interne, externalisée auprès d'une cuisine centrale de taille industrielle ou auprès de l'industrie agroalimentaire, c'est la motivation et l'énergie de l'équipe de restauration qui fera de l'organisation adoptée un succès.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Règlement (CE) No 178/2002 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
- Règlement (CE) no 852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires
- Règlement (CE) n° 853/2004 du 29 avril 2004 fixant les règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées alimentaires d'origine animale
- Règlement (CE) n° 882/2004 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

Ouvrages

- BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR JL., 2000, Organisation logistique et technique l'hôpital, Editions ENSP.
- POULAIN JP et SAINT-SEVIN B., 1990, « La restauration hospitalière : Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration », Editions Cristal, 112p.

Rapports

- GUY-GRAND B., 1997, Alimentation en milieu hospitalier, 237p.
- INRS, 2010, La restauration collective. Aide aux repérages des risques professionnels
- Xerfi 700, 2011, Restauration collective, 136p.
- ZAZZO J-F, 2011, Rapport Dénutrition une pathologie méconnue en situation d'abondance, 94p.
- ZAZZO JF., MEAH, 2006, Organisation de la restauration à l'hôpital (tome 1), 156p.

Mémoires

- COULLET I., 2007, Les enjeux du choix du mode de gestion en restauration hospitalière, Université de Toulouse, 66p.
- PINEAU M., 2011, Les Déterminants de la centralisation en restauration hospitalière, Université de Toulouse, 115p.

Conférences

- CHU de Toulouse, Nov. 2011, Dossier de presse nouvelle restauration, 28p.
- MARAVAL P., 2010, La restauration en régie face aux défis de la qualité, 9p.
- PARMENTIER I. et GIRARD D., 2012, Alimentation, nutrition et développement durable, 35p.

Articles

- BAREIL C., 2004, La résistance au changement : synthèse et critique des écrits, HEC Montréal Centre d'études en transformation des organisations, 17 p.
- BELLAICHE AS., 2011, Sodexo, l'entreprise à tout faire, L'Usine nouvelle, 4p.
- DEJOHN P., 2008, When outsourcing works. Know when vendor intervention can be a benefit or hindrance, Materials management in health care, 3p.
- DU GUERNY S., 12/03/2012, « Plats cuisinés : le groupe Houdebine investit pour la restauration hospitalière », Les Echos, 1p
- LETHI V. et BONNEVIALLE P., 2010, Hospices civils de Lyon, la plus grande cuisine hospitalière de France, [en ligne] Techniqueshospitalieres.fr [accédé le 30/07/12], 5p.
- LOYE, P., 2012, Les repas des hôpitaux : au-delà de leur réputation, ils font partie des soins, Nouvel Observateur [en ligne] [accédé le 30/07/12], 2p.
- SHARMA RK., SHARMA R., 2009 Comparative analysis of outsourced hospital dietary services vis-a-vis in house dietary services for cost containment and quality : a case study in a super speciality tertiary hospital, Journal of the Academy of Hospital Administration, vol. 21, 5p.
- SOUBELET I., 2011, Hervé Attali, DG d'Apetito France : « Nous devrions signer un contrat avec un hôpital en 2012 », Norestaurantion, 2p.
- SOUBELET I., 2006, Des pistes à tout prix, Néorestaurantion, 1p.
- TERRASSON L., 2010, « Focus Restauration hospitalière », Cuisine collective, 6p.
- WATTEZ E., 2011, Les plats industriels envahissent les cuisines des restaurants, Capital, 4p.
- ZAZZO JF., 2003, Etude Energie 4+.

Sites internet

- <http://www.acehf.fr/> [accédé le 06/08/2012]
- <http://www.ccc-france.fr/> [accédé le 27/07/12]
- <http://www.codexalimentarius.org/codex-home/fr/> [accédé le 27/07/12]
- <http://www.ferco-catering.org/fr/missions.html> [accédé le 01/08/12]
- <http://www.gemrcn.fr/> [accédé le 30/07/2012]
- www.mangerbouger.fr [accédé le 05/08/2012]
- <http://www.resah-idf.com> [accédé le 10/08/2012]

- www.snrc.fr [accédé le 30/07/12]
- <http://www.udih.fr/> [accédé le 06/08/2012]

Liste des annexes

Annexe n°1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe n°2 : Proposition d'enquête de satisfaction standardisée

Annexe n°3 : Normes réglementaires relatives à l'alimentation

Annexe n°4 : Liaison chaude et liaison froide

ANNEXE N°1

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- Albert ADENET, responsable de la restauration du Centre hospitalier de Saint-Denis
- Nicolas AUSTRY, responsable développement chez Sodexo
- Simon BANCO, responsable de la restauration au Centre hospitalier intercommunal de Créteil
- Aline COUDRAY, directrice des Services économiques et logistiques Centre hospitalier de Gonesse
- Richard DE ARAUJO, responsable du pôle Fabrication du service restauration du Centre hospitalier de Saint-Denis
- Jean-Noël DUCLOS, responsable de la restauration du Centre hospitalier de Montreuil
- Romain DUVERNOIS, directeur des Travaux et des services économiques au Centre hospitalier des Quinze-Vingts
- Francis DYON, responsable de la restauration du Groupement hospitalier Eaubonne – Montmorency
- Bruno GALLET, directeur du Pôle Patrimoine, prévention, achats et logistique du Groupement hospitalier Eaubonne – Montmorency
- Frédéric HERBILLON, responsable de la restauration du Centre hospitalier des Quinze-Vingts
- Sophie MARCHANDET, directrice du Pôle Qualité et prestations hôtelières au Centre hospitalier intercommunal de Montreuil
- Cécile MONTHULE, responsable nutrition régionale chez Davigel
- Gérald PINTEAUX, manager promoteur, chef de groupe chez Davigel
- Patrick SAVARY, cadre de la restauration du Centre hospitalier de Montreuil
- Rachid TOUIL, responsable de la restauration du Centre hospitalier de Gonesse

ANNEXE N°2

PROPOSITION D'ENQUETE DE SATISFACTION STANDARDISEE

	Le patient	
1	Age	
2	Sexe	
3	Durée du séjour	
4	Régime spécifique	

	Le service restauration	Très peu satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
5	Appréciation globale				
6	Entrée				
7	Plat principal				
8	Dessert				

Commentaires

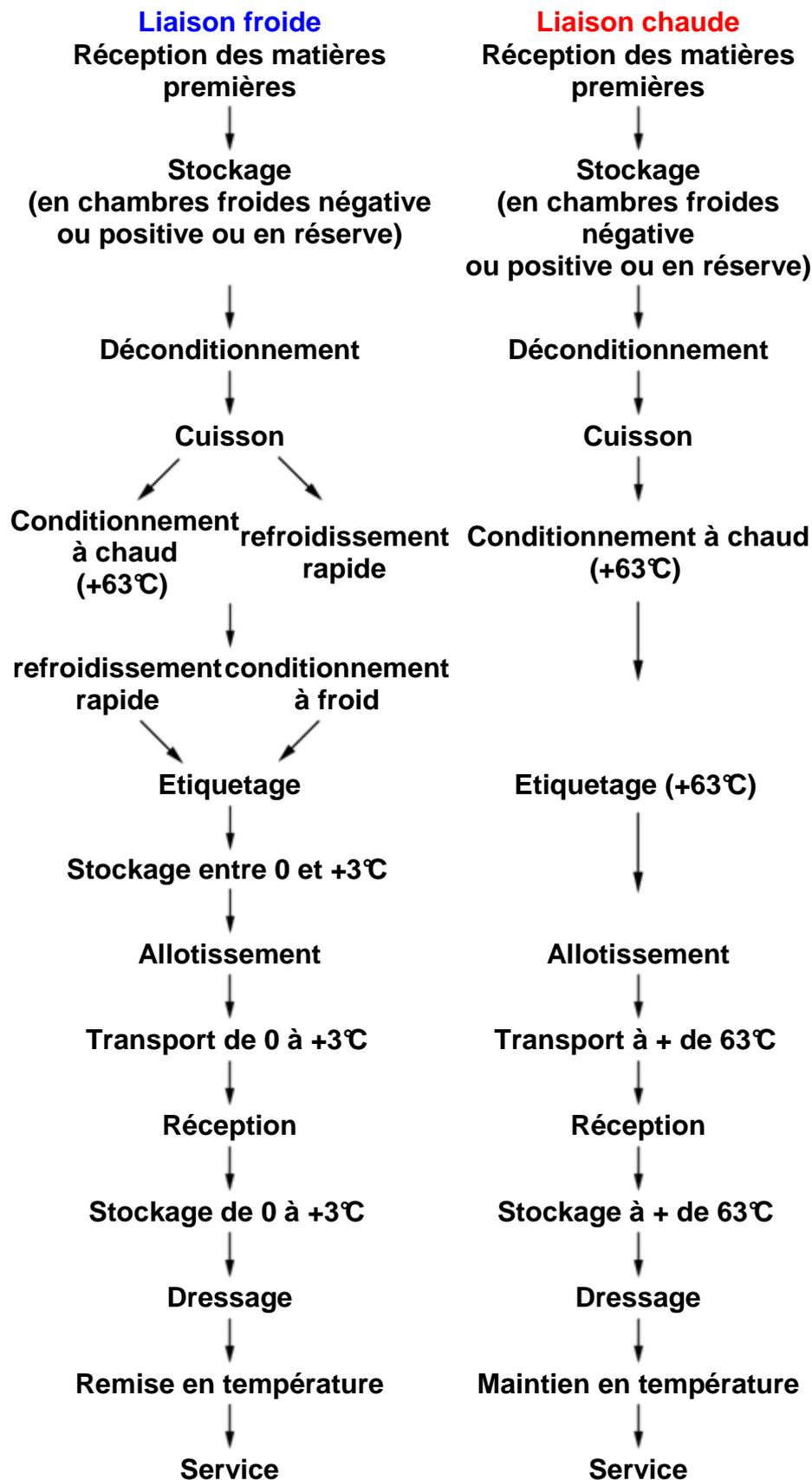
ANNEXE N°3

NORMES REGLEMENTAIRES RELATIVES A L'ALIMENTATION

"Loi Alimentation" (<i>Food law</i>) Règlement CE n°178/2002			
	Règles spécifiques pour l'alimentaion animale	Règles générales d'hygiène pour toutes les denrées alimentaires	Règles spécifiques d'hygiène pour les denrées alimentaires d'origine animale
Professionnels :	Règlement CE n°183/2005	Règlement CE n°8 52/2004	Règlement CE n°853/2004
Contrôleurs :	Règlement CE n°882/2004 "Contrôles officiels"		Règlement CE n°854/2004

Source : L'hotellerie-restauration.fr

ANNEXE N°4 : LIAISON CHAUDE ET LIAISON FROIDE 68



⁶⁸ www.chainedufroid-haccp.com [en ligne] [accédé le 30/07/12]

LION

Georges-Henri

Décembre 2012

FILIÈRE DIRECTEUR D'HOPITAL

50^{ème} promotion 2011-2013

Mettre en place une restauration hospitalière optimale : que choisir entre internalisation et externalisation?

Mémoire professionnel

Résumé :

Le service de restauration d'un hôpital contribue au mieux-être du patient : il est prouvé que la dénutrition accroît la durée moyenne de séjour et les complications pathologiques. Dès lors, on peut considérer le repas comme appartenant à la sphère du soin. Cette caractéristique essentielle comme son poids financier non négligeable font de la restauration un service-clé, qui pourtant s'avère souvent ravalé dans la pratique au rang de service logistique périphérique.

Les hôpitaux publics ayant concédé leur restauration ne représentent que 13% du total des repas servis par le service public hospitalier. Cette faiblesse de l'externalisation complète ne doit pas dissimuler le fait que les hôpitaux en régie utilisent de nombreux produits préparés par l'industrie agroalimentaire ; si bien que l'alternative entre deux systèmes opposés s'est transformé en une question de gradation.

Le présent mémoire dresse l'inventaire des facteurs décisionnels de l'internalisation et de l'externalisation. Il présente de quelle manière les modalités d'externalisation se sont diversifiées et met en garde contre les écueils de l'externalisation complète.

Il envisage comment la restauration hospitalière pourrait se développer à moyen terme et se recentrer sur ce qui constitue son véritable cœur de métier. Enfin, il propose une aide au suivi de l'externalisation et émet des propositions sur l'organisation de la restauration.

Paradoxalement, il ne faut pas avoir recours à l'externalisation dans l'objectif premier de réaliser des économies. Il s'agit d'abord d'un vecteur d'amélioration de la satisfaction du patient. C'est ainsi qu'un projet d'externalisation peut fonctionner car il est alors susceptible de recueillir l'adhésion des équipes au projet.

Mots clés :

Restauration, hôpital, externalisation, internalisation, optimisation

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.