



L'évolution des cuisines hospitalières

Le repas à l'hôpital est un soin, atout majeur et médecine douce pour combattre la dénutrition causée par la maladie et frein à la guérison. Sa structure financière est fortement impactée par les conditions de travail, les consommations énergétiques et la maintenance des installations qui représentent 75% de son coût global. Il semble alors évident, dans le cadre, d'une restructuration lourde et/ou d'une mutualisation, de travailler sur la qualité des investissements pour délivrer, à coût constant, (amortissement + exploitation), voire inférieur, une prestation alimentaire conforme aux objectifs visés par la médecine nutritionnelle.

Les progrès de la médecine moderne ne doivent pas occulter la valeur soin du repas pris à l'hôpital. La cuisine doit évoluer comme la société elle-même et prendre en compte les objectifs de développement durable et la maîtrise budgétaire en coût global. Pour y parvenir, les cuisines hospitalières devront muter vers des Unités Centrales de Production Alimentaire, repenser les compétences sur chaque poste de travail, les valoriser dans des locaux permettant une organisation efficace pour diminuer le temps dédié aux opérations annexes et apporter tout son savoir-faire dans l'élaboration des composantes du repas.

Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview

Entretien avec Alain Quidort, expert en grandes cuisines, Président du syndicat CINOV Restauconcepteurs®, membre des Disciples Escoffier (association pour la transmission et l'évolution de la cuisine)



Comment se déroulent la sélection et la composition d'un projet de cuisine en établissement de santé ?

Alain Quidort: La première étape consiste à identifier les besoins en matière de clientèle, elle-même définie par l'activité de l'établissement (MCO, long séjour, psychiatrie, pédiatrie, etc.). Jusqu'à ces dernières années, chaque hôpital disposait de sa propre cuisine. Aujourd'hui, nous constatons une forte tendance à mutualiser des unités de production alimentaire pour des raisons économiques liées au volume mais aussi pour faciliter l'utilisation de produits frais

et locaux. Ensuite, les responsables d'établissement doivent faire un choix déterminant dans la nature même de l'opération : soit une restructuration de l'existant, soit une construction neuve, en tenant compte, notamment, des délais et contraintes de fonctionnement pendant la phase travaux, de la qualité de service attendue et du retour sur investissement de l'opération. En cas de restructuration, le projet se trouve contraint par l'emplacement et la structure du bâtiment. Ces éléments pourraient limiter les modifications envisageables dans l'organisation des différents locaux, leur adaptation à une modernisation de l'activité de restauration et l'évolution de ses procédures. La construction d'une cuisine neuve simplifie grandement les

démarches. Il est alors bien plus facile de répondre aux besoins du projet et d'anticiper, dans la conception, les possibilités d'évolutions à venir sur la durée. Au plan comptable l'amortissement d'un bâtiment neuf s'établit généralement sur 30 ans, or, durant ces trois décennies, la restauration collective sera impactée par des évolutions réglementaires et poursuivra son développement, impliquant l'acquisition de nouveaux équipements mieux adaptés à l'activité. Sur cette même période certains équipements devront être renouvelés plusieurs fois. Leur remplacement devra pouvoir s'effectuer correctement, sans nécessiter de travaux sur la structure bâtiment et planifié pour ne pas pénaliser l'activité de production.



Comment s'assurer de la gestion optimale et de l'évolutivité des espaces ?

A.Q. : Dans le cas d'une construction neuve, le projet doit prévoir un tènement suffisant pour permettre un agrandissement ultérieur des zones d'allotissement et de quai départ. Afin de définir l'évolution des besoins en matière d'espace, il n'est pas réellement pertinent de prendre en compte la zone de stockage en amont de la production. Un manque d'espace dans ces locaux peut être facilement compensé par une cadence adaptée des approvisionnements. Les installations de réserves rarement d'une haute technicité pourraient être équipées d'un système de stockage dynamique pour permettre une augmentation sensible du volume à traiter. Pour le stockage aval, il existe également d'autres solutions que l'agrandissement des locaux. Les produits finis peuvent être exportés dès leur sortie de production et stockés au sein de l'établissement où ils seront distribués et consommés. Le cœur de la cuisine reste donc la zone de production, aussi bien les espaces de préparation en amont (traitements préliminaires de produits frais, légumes, etc.) que de préparations froides, de cuisson et de conditionnement. Suivant les spécificités et les évolutions des besoins, ces installations peuvent comprendre une zone de production centrale, pour la réalisation de bases culinaires et des ateliers spécifiques organisés pour traiter les différentes composantes des menus, diététique, produits moulins etc.

Quels sont les avantages de la suppression du cloisonnement dans l'organisation de la cuisine hospitalière ?

A.Q. : La suppression du cloisonnement favorise l'apport de lumière naturelle et la convivialité des espaces pour les personnels intervenant dans des zones de travail soumises à des conditions hygrothermiques et exigences d'hygiène identiques. La suppression de cloisons facilite grandement les transferts et s'avère particulièrement intéressante lors de la modification de certains équipements lourds. En effet, les cloisons peuvent être autant d'obstacles au renouvellement de matériel et doivent parfois être détruites ou déplacées. Une telle intervention entraîne des travaux contraignants impactant les sols, les plafonds, les éclairages, et peuvent nécessiter un arrêt important de la production. Pour une cuisine décloisonnée et optimisée, il est tout à fait possible de limiter les séparations à des éléments bas, voire aux équipements eux-mêmes. Les bienfaits de ces dispositions se traduiront dans la réduction des opérations de nettoyage et désinfection des surfaces permettant au personnel de consacrer un maximum de son temps de travail à son savoir-faire dans l'élaboration des repas et la facilité de maintenance préventive et curative des équipements en place.

Quelles réponses au développement durable affectez-vous à la conception d'une Unité Centrale de Production Alimentaire ?

A.Q. : Les 14 cibles identifiées par la démarche HQE mettent en évidence l'impact environnemental et sociétal lié à l'activité de la restauration collective. Les Cuisines Centrales en liaison froide sont de gros consommateurs d'énergie. Les conditions de travail très contrastées avec des ambiances chaudes et humides ou à très basse température sont génératrices de TMS et d'un absentéisme médical important. Parallèlement l'entretien et la désinfection des surfaces consomment beaucoup d'eau, de produits chimiques et le process génère des déchets d'activité qui devront être valorisés. Le développement des énergies nouvelles (éoliennes et photovoltaïque) devra se traduire par une incitation à une baisse temporaire de la consommation d'électricité lors des périodes de forte demande sur les réseaux. Compte tenu de la complexité de fonctionnement d'une Cuisine Centrale Hospitalière et des objectifs qualitatifs et économiques à atteindre, le concepteur devra avoir capacité à s'engager sur la fonctionnalité, le confort et la convivialité des espaces, l'organisation de la consommation énergétique, la maintenance préventive et curative et des coûts attachés.