

IRIS

Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques

Février 2010

Rapport de recherche

Nouveaux CHUM/CUSM : Vers la sous-traitance des services alimentaires ?

Guillaume Hébert, chercheur

Sommaire

Cette étude questionne les choix des administrations du CHUM et du CUSM, qui privilégient actuellement l'introduction de la sous-traitance (mode de gestion) ainsi que l'accroissement du nombre de repas surgelés achetés à l'extérieur (mode de production) pour les services alimentaires des futurs méga-hôpitaux de médecine universitaire à Montréal.

Principales conclusions

- L'analyse des plans fonctionnels et techniques (PFT) des futurs CHUM et CUSM permet de conclure que les administrateurs feront une place grandissante à la *liaison froide* et aux aliments produits en impartition (achetés déjà préparés à l'entreprise privée). Il en résultera une restriction de la cuisine conventionnelle (*liaison chaude*) et une plus grande utilisation de produits congelés ou surgelés.
- Le manque de transparence au regard du contrat de sous-traitance de l'entreprise Sodexo au CUSM et l'opacité habituelle du mode de conception en partenariat public-privé des nouveaux CHU ne permettent pas à la population de savoir comment seront gérés les services alimentaires hospitaliers et quel pourrait être l'impact d'une telle gestion dans ces établissements.
- Les données financières disponibles pour le CUSM permettent de conclure que la sous-traitance de la gestion des services alimentaires accélère la perte de contrôle et le démantèlement des expertises accumulées dans le secteur public. En outre, les faibles économies réalisées ne justifient pas les risques associés à la sous-traitance de la production alimentaire dans les établissements de santé. Rien ne justifie présentement le maintien d'une entente avec l'entreprise Sodexo.
- Les expériences passées au Québec et ailleurs de reconfiguration des services alimentaires intégrant la liaison froide ou d'autres technologies ne sont pas toujours garantes de l'amélioration de ces services. Par conséquent, elle devrait être menée en concertation avec tous les travailleurs et travailleuses relié·e·s aux services alimentaires et poser comme inconditionnel le maintien de la qualité de la nourriture servie aux patient·e·s.
- Les expériences de sous-traitance de services alimentaires hospitaliers aux mains des multinationales qui œuvrent dans ce domaine se sont régulièrement soldées par des échecs retentissants ou des pratiques condamnables au Canada et dans le monde. Les ratés portent autant sur les coûts d'une privatisation que sur la qualité de la nourriture consommée par les patient·e·s et les conditions de travail du personnel.
- À l'étranger, de nouvelles tendances mettent l'accent sur davantage de produits frais et locaux, plutôt que sur l'accroissement des produits surgelés. Ce résultat est le fruit de politiques alimentaires plus sévères (ex. : Italie, Suisse) et de projets pilotes reliant les producteurs agricoles locaux aux administrateurs de services alimentaires en milieu hospitalier (ex. : Angleterre).

Table des matières

SOMMAIRE	3
TABLE DES MATIÈRES	4
LISTE DES GRAPHIQUES	5
LISTE DES TABLEAUX	5
Chapitre 1 Introduction	7
1.1 Contexte	7
1.2 Objet de l'étude	7
1.3 Limites de l'étude	7
Chapitre 2 Services alimentaires CHUM/CUSM : analyse des données	8
2.1 Que sont les services alimentaires hospitaliers ?	8
2.1.1 Mode de production	8
2.1.2 Mode de distribution	8
2.1.3 Mode de gestion	9
2.2 Analyse des PFT du CHUM et du CUSM	9
2.3 Analyse des formulaires AS-471 du CUSM	10
2.3.1 Observations générales	10
2.3.2 La question des économies au CUSM	12
2.4 Études et sondages biaisés	12
Chapitre 3 Expériences passées de reconfiguration des services alimentaires	14
3.1 Précédents canadiens	14
3.1.1 Promesses d'économies	14
3.1.2 privatisations massives en Colombie-Britannique	15
3.1.3 échec d'une cuisine centralisée à Winnipeg	15
3.1.4 Aliments surgelés critiqués au Nouveau-Brunswick	16
3.2 implication du « Big Three »	16
3.3 qualité de la nourriture	16
3.4 conditions de travail	17
Chapitre 4 Conclusions : Que faire des services alimentaires hospitaliers ?	19
4.1 Mode de production	19
4.2 Mode de gestion	19
4.3 Responsabilité gouvernementale	20
4.4 Tendances et initiatives étrangères	20
NOTES	23
ANNEXE	25

Liste des graphiques

GRAPHIQUE 1	Évolution du nombre de repas préparés, CUSM (1999–2009), en milliers de repas	10
GRAPHIQUE 2	Évolution des coûts par repas, CUSM (1999–2009)	11
GRAPHIQUE 3	Variation de la masse salariale, CUSM (2000–2009)	11

Liste des tableaux

TABLEAU 1	Description des méthodes de production alimentaire	8
TABLEAU 2	Proportion de la masse salariale et des autres charges par rapport au coût total des repas	11
TABLEAU 3	Évolution du coût unitaire des achats et des fournitures sous la gestion de Sodexo et de l'hôpital La Providence	14
TABLEAU 4	Évolution du coût par repas des cuisines regroupés de l'Urban Shared Services Corporation (USSC), géré par l'entreprise privée Aramark	15
TABLEAU 5	Sommaire des principaux systèmes de production et de distribution des services alimentaires hospitalier	25

Chapitre 1

Introduction

1.1 CONTEXTE

Ce n'est pas d'hier que les projets de méga-hôpitaux sont au cœur de l'actualité au Québec. Depuis 1995, les annonces, les reports et les autres déboires des grands projets hospitaliers québécois ont fait couler beaucoup d'encre.

L'année 2009 a été à son tour fertile en rebondissements. Après de nombreuses critiques par des organisations syndicales et d'autres observateurs de la société civile, le choix par le gouvernement du Québec du mode de partenariat public-privé (PPP) pour la construction du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) faisait l'objet, en novembre 2009, d'un rapport accablant du vérificateur général du Québec¹. On y explique comment l'Agence des PPP a biaisé ses analyses des projets de méga-hôpitaux de façon à favoriser le choix du mode de gestion en PPP plutôt que le mode conventionnel.

Parmi les multiples analyses tendancieuses de l'Agence des PPP à propos du mode à privilégier pour la construction des méga-hôpitaux, on retiendra notamment les exagérations relatives à la vétusté physique associée à la construction en mode traditionnel (estimée abusivement à 94 % après 30 ans) ou encore à l'absence d'inconvénients impondérables pour le mode PPP.

Ce n'était pas le premier vérificateur général à critiquer le choix de bâtir ou de réaménager des hôpitaux en mode PPP : en Ontario, le vérificateur général a également déploré ce choix pour l'hôpital de Brampton, où les coûts se sont avérés plus élevés que si l'on avait fait appel à la méthode traditionnelle². Un ancien consultant en administration publique du CHUM, Stephan Brunel, concluait lui aussi qu'il ne restait plus qu'une solution pour éviter la « catastrophe » dans ce dossier, soit revenir au mode traditionnel³.

Si l'usage du terme « PPP » peut sembler désormais compromis, notamment à la suite de la dissolution de l'Agence des PPP, il serait erroné de conclure à une rupture avec la dynamique de privatisation des services de l'État. Au contraire, les processus de privatisation à l'œuvre actuellement au Québec sont beaucoup trop diffus et multiformes pour se voir interrompus par l'adaptation de la rhétorique officielle au mécontentement général. Il a d'ailleurs déjà été annoncé qu'*Infrastructure Québec*, l'organisme gouvernemental qui sera substitué à l'Agence des PPP, aura lui aussi recours aux PPP⁴.

Ainsi, peu importe le sort qui sera réservé aux PPP annoncés pour la construction des centres hospitaliers de Montréal (CHUM, CUSM) et pour la rénovation de celui de Québec (CHUQ), rien ne permet d'anticiper le ralentissement des velléités de privatisations sectorielles par le recours à la sous-traitance, notamment celle des services auxiliaires des établissements de santé.

1.2 OBJET DE L'ÉTUDE

Dans cette étude, nous examinerons l'un des services de soutien des centres hospitaliers, les services alimentaires. Dans un premier temps, nous exposerons comment fonctionne ce service auxiliaire et nous analyserons les données disponibles en ce qui concerne les méga-projets actuels des CHU de Montréal, principalement les plans fonctionnels et techniques (PFT) et les bilans financiers.

Le CHUM regroupera dans un même site les services actuellement offerts dans trois hôpitaux du centre-ville de Montréal (l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital St-Luc). L'autre CHU, le CUSM, sera réparti sur trois campus : 1) le campus Glen (l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital Royal Victoria, l'Institut thoracique de Montréal et l'Hôpital neurologique de Montréal), 2) le campus de la Montagne (Hôpital général de Montréal) et 3) le campus Lachine (Hôpital de Lachine). Les projets qui font l'objet d'une construction en mode PPP sont le CHUM et le campus Glen du CUSM.

Ensuite, nous évoquerons des expériences au Québec et ailleurs qui montrent les risques associés à certains procédés envisagés pour les services alimentaires des futurs CHUM et CUSM. Ces procédés, tels que l'utilisation accrue de repas surgelés achetés à l'extérieur des hôpitaux (aliments en impartition) s'accompagnent de risques au chapitre des rendements, de la qualité de la nourriture, de la satisfaction des patiente-s et des conditions de travail.

Enfin, à partir de ces analyses, nous verrons quelles options devraient être envisagées ou non pour la gestion et la prestation des services alimentaires hospitaliers.

1.3 LIMITES DE L'ÉTUDE

Les projets de centres hospitaliers universitaires sont très complexes et font appel à toute une gamme d'expertise dans de nombreux domaines. Les sommes qui y sont investies par l'État se chiffrent en milliards. Par conséquent, on pourrait s'attendre des autorités qu'elles mettent tout en œuvre pour faciliter l'accès aux plans fonctionnels et techniques de telles entreprises. Malheureusement, les difficultés que nous avons éprouvées à obtenir certains renseignements ont imposé des limites à la présente étude. Il est notamment à déplorer que l'administration du CUSM n'ait donné suite à aucune des lettres de demande d'information qui lui ont été adressées dans la genèse de cette étude. De telles entraves augurent évidemment assez mal de la transparence souhaitable dans la gestion de ces institutions publiques québécoises.

Il est dommage que l'opacité demeure l'une des caractéristiques associées aux partenariats public-privé (PPP) depuis la création de cette forme de privatisation. Le manque d'accès aux informations contenues dans les ententes soumises au secret entretenu par les partenaires privés prive les citoyen-ne-s des moyens de mieux saisir les dynamiques en cours relativement à des projets où la collectivité investit des sommes colossales.

Chapitre 2

Services alimentaires CHUM/CUSM : analyse des données

2.1 QUE SONT LES SERVICES ALIMENTAIRES HOSPITALIERS ?

2.1.1 MODE DE PRODUCTION

Les services alimentaires constituent l'un des services de soutien dans les hôpitaux. Depuis plusieurs années, les rénovations des cuisines dans les établissements de santé amènent les administrations hospitalières à revoir les méthodes à privilégier pour la préparation des repas. De fait, certains hôpitaux ont choisi de ne pas conserver de cuisine conventionnelle (liaison chaude) et d'opter plutôt pour des procédés requérant plutôt, voire exclusivement, des produits réfrigérés ou surgelés (liaison froide). Il s'agit d'une tendance mondiale* depuis une trentaine d'années.⁵

La « liaison chaude », aussi appelée le « mode conventionnel », demeure le mode de cuisine le plus courant au Québec. C'est aussi le procédé le plus simple, puisqu'il consiste à préparer la nourriture en grande quantité et à la servir dans les heures qui suivent.

La « liaison froide » procède par une réfrigération des aliments cuisinés. Lors d'une étape subséquente, les plats doivent être « rethermalisés » (remis en température). La réfrigération, le contrôle de la température et la rethermalisation s'effectuent à l'aide d'équipements spéciaux. Par conséquent, le passage de la liaison chaude à la liaison froide dans un établissement nécessite des investissements importants pour ces travaux de reconfiguration des services alimentaires.

Quant à l'approche dite de « commissariat », elle consiste à regrouper dans une usine la production alimentaire destinée à plusieurs établissements. La méthode « liaison froide » est alors privilégiée puisqu'il faut transporter les aliments vers des cuisines satellites qui servent à la rethermalisation.

Les aliments en impartition (ou méthode « assembler-servir ») sont des aliments qui sont achetés de l'industrie déjà préparés (ex. : produits Stouffer's, Martel, etc.). À l'opposé des opérations comprises dans la liaison chaude ou froide, les aliments en impartition ne requièrent aucune préparation dans les cuisines de l'établissement.

Le tableau 1 récapitule le fonctionnement des différents modes de production :

TABLEAU 1 Description des méthodes de production alimentaire

Liaison chaude (système conventionnel)	Les repas sont préparés quelques heures à l'avance et conservés à la température désirée.
Liaison froide/surgelée (préparation à l'avance)	Les aliments sont préparés puis réfrigérés (liaison froide) ou surgelés (liaison surgelée). On peut les diviser en portions avant ou après leur réfrigération ou surgélation. De manière typique, les plateaux sont préparés avec les portions réfrigérées ou congelées puis réchauffés (ou rethermalisés) avant d'être servis.
Liaison froide sous vide	Une forme particulière de liaison froide où les aliments sont emballés sous vide avant leur cuisson. Nécessite un temps de réfrigération très court (moins de deux heures)
Assembler-servir	Les aliments sont achetés réfrigérés ou congelés. Les services alimentaires ne font qu'assembler les plateaux (avec des aliments chauds, réfrigérés ou congelés).
Commissariat	Une cuisine centrale prépare tous les repas (chauds, réfrigérés ou congelés) et les livre aux établissements clients. Le transporteur doit maintenir la bonne température des aliments.

Sources : Denise OUELLET, *Revue de la littérature : Impact sur la qualité des aliments des modes de production et de distribution des services alimentaires hospitaliers* (Québec : Université Laval, 1994), financé par la Fédération des Affaires sociales, CSN; Nicholas LIGHT et Anne WALKER, *Cook-Chill Catering : Technology and Management* (London : Elsevier Science, 1990); Direction de la recherche du SCFP, *Cooking up a storm : Shared food services in the health care sector, 1995-1996*, p. 4.

Voir également en annexe un tableau plus détaillé tiré de l'étude de Ouellet (1994).

2.1.2 MODE DE DISTRIBUTION

Contrairement aux reconfigurations plus techniques qui affectent surtout les cuisines, le mode dit « service hôtelier » modifie grandement la perception des patient-e-s quant au procédé utilisé pour le service des repas. En vertu de ce service hôtelier, le menu auquel a droit le patient n'est plus simple, double ou triple, mais consiste plutôt en un service à la carte contenant une vaste gamme de différents types de repas. Autre évolution considérable : les patient-e-s, sauf ceux ne pouvant se le permettre en raison de leur état, commandent par téléphone depuis leur chambre un repas personnalisé qui doit ensuite leur être livré en moins d'une heure. Les téléphonistes qui reçoivent les commandes accompagnent les patient-e-s dans leur choix en leur indiquant ce que leur état de santé leur permet ou leur interdit.

La tendance à introduire le service hôtelier dans les hôpitaux a poussé les grandes multinationales⁶ des services alimentaires à se doter de modules axés sur ce procédé⁷. Au Québec par exem-

* En Australie, par exemple, le nombre d'hôpitaux ayant adopté la liaison froide est passé de 18 % en 1993 à 42 % en 2001.

ple, c'est la multinationale Sodexo qui s'est faite le principal promoteur du service hôtelier dans les hôpitaux et qui a été chargée de son implantation à l'Hôpital général de Montréal.

2.1.3 MODE DE GESTION

La reconfiguration des services alimentaires peut s'accompagner, ou non, du recours au secteur privé. Dans le passé, c'est souvent au moment de la mise en place de la liaison froide que les services ont été confiés au privé. Néanmoins, il est important de distinguer les deux processus (mode de gestion et mode de production), puisque la variété des reconfigurations de services alimentaires peut être gérée soit par le secteur public ou par le secteur privé. Vu sous un autre angle, il est important de bien saisir que si parfois la rénovation d'une cuisine d'hôpital peut s'avérer nécessaire, la cession du service au privé, elle, ne l'est jamais.

Un procédé similaire se répète avec le service hôtelier. C'est ce qui s'est produit avec l'Hôpital général de Montréal (CUSM), par exemple, qui a fait appel à Sodexo pour la gestion des services alimentaires au moment de l'implantation de ce service. Le CUSM a acheté la technologie nécessaire à l'implantation du système et a également étendu son entente avec Sodexo à la gestion entière du service alimentaire.

Les gestionnaires publics d'hôpitaux peuvent choisir de confier au secteur privé la gestion des services alimentaires sans qu'aucune modification technique directe ne soit apportée aux cuisines. À ce chapitre, deux possibilités existent. La première consiste à confier le service alimentaire à l'entreprise privée (voir le cas de la Colombie-Britannique, section 3.1.2) et, dans ce cas, les employés passent alors au privé. Dans le deuxième cas, la gestion du service alimentaire est privatisée, mais les employés demeurent dans le secteur public. La présence du sous-traitant se limite dans ce cas à quelques individus seulement et le contrôle de la gestion est totalement privé. Au Québec, c'est ainsi que fonctionnent présentement le CUSM et l'Hôpital Sacré-Cœur.

Enfin, en ce qui concerne l'usage accru de produits en impartition, ce procédé implique un plus grand appel au secteur privé, puisque les repas sont achetés congelés de l'industrie. Ce procédé s'avère par conséquent aussi un incitatif à réduire le personnel.

2.2 ANALYSE DES PFT DU CHUM ET DU CUSM

La construction des nouveaux méga-hôpitaux du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a été constamment présentée au public comme un projet devant permettre à la médecine québécoise d'atteindre les plus hauts standards internationaux. Conséquemment, toutes les dimensions de ces projets devaient prendre en compte les plus récentes tendances existantes aux chapitres de la médecine, de la science, de l'architecture, etc.

Les projets multimilliardaires du CHUM et du CUSM ont fait l'objet de nombre de spéculations quant aux emplacements

et aux types de construction envisagés. Les détails organisationnels des projets ont été partiellement rendus publics dans les plans fonctionnels et techniques (PFT) des deux établissements. Les PFT sont produits par l'administration publique des centres hospitaliers et ils ont servi de balises pour les appels d'offres auprès de consortiums privés.

C'est dans cette foulée que le journal *La Presse* du 16 janvier 2009 nous apprenait qu'une version du plan fonctionnel et technique (PFT) du CHUM n'incluait pour ainsi dire aucun espace pour les cuisines dans le futur méga-hôpital.

En mars 2009, une nouvelle version du PFT faisait état cette fois d'une production mixte, c'est-à-dire prévoyant une portion des mets à préparer sur place (*liaison chaude*) et une autre de mets achetés du commerce, donc faisant usage de produits congelés ou surgelés (*liaison froide*) devant être « rethermalisés » à l'aide de plateaux chauffants. Le PFT de mars 2009 indique en effet que 65 % des aliments du nouveau CHUM seraient de 4^e et de 5^e gamme* et seraient livrés déjà préparés par l'industrie agroalimentaire⁸. Le 35 % restant, de liaison chaude, correspond aux mets à produire dans les cuisines de l'hôpital. Il s'agirait surtout de sandwiches, de salades et de déjeuners.

En outre, le PFT explique que la majeure partie de la distribution des mets aux patient·e·s se ferait par le *service hôtelier d'alimentation*⁹.

Dans le cadre de son « processus alimentation », le PFT du CHUM chiffre à 80 % la quantité de mets n'ayant qu'à être rethermalisés à son « centre cuisson et rethermalisation ». Cette proportion élevée illustre l'importance accordée par les administrateurs à la liaison froide et à l'impartition de produits de 4^e et de 5^e gamme. C'est d'ailleurs l'implantation de ce type de système qui faisait dire à une employée des services alimentaires de Vancouver qu'après rénovation, « ce n'est plus une cuisine, c'est une usine de rethermalisation¹⁰. »

Qui plus est, le PFT du CHUM se commet dans une association révélatrice de la direction choisie par l'administration pour la gestion des services alimentaires du futur CHUM. À la toute dernière page du chapitre du PFT consacré aux services alimentaires, une « Annexe III », dont il n'est fait aucune mention dans le corps du document, introduit un graphique intitulé « Analyse des temps de livraison ». Sous ce graphique apparaît une note surlignée : *Sodexo / Service aux chambres – Mode hôtelier / 23 février 2009*. Sodexo est l'une des entreprises multinationales à offrir un service de sous-traitance de services alimentaires au niveau de la gestion et des opérations. Au Québec, elle administre les services alimentaires de l'hôpital Sacré-Cœur et a développé le service hôtelier de l'Hôpital général de Montréal, tout en y assurant également la gestion des services alimentaires. Cette note confirme que cette multinationale est une source

* Les aliments de 4^e gamme sont prêts à l'emploi. Il s'agit surtout de fruits et de légumes, pelés, nettoyés et découpés en usine. Les aliments de 5^e gamme sont des mets usinés prêts à l'emploi, généralement des repas en sauce.

d'inspiration pour les autorités publiques actuellement chargées de la conception du futur CHUM.

Le PFT du CUSM que nous avons consulté est beaucoup plus concis; mais les indications qu'on y trouve permettent d'anticiper un projet identique à celui du CHUM en ce qui a trait aux services alimentaires. Comme pour le CHUM, le PFT stipule que 65 % des mets seront préparés à l'extérieur de l'hôpital :

La cuisine de production sera hors du site des nouveaux hôpitaux et sera aménagée et dotée de pièces d'équipement de haute technologie pour produire les mets au menu (65 %) et les livrer en vrac et/ou en portions individuelles aux cuisines satellites.¹¹

De plus, c'est l'Hôpital général de Montréal, l'un des hôpitaux constitutifs du CUSM, qui est actuellement le seul centre hospitalier au Québec à privilégier le mode hôtelier.

En somme, l'analyse des PFT du CHUM et du CUSM nous permet de déduire que les administrateurs ont opté pour une utilisation accrue du mode de liaison froide et des repas en impartition, et pour l'implantation du service hôtelier pour une majorité des patiente·s. Ces procédés rendront nécessaire un plus grand usage d'aliments en impartition (4^e et 5^e gammes), ce qui a pour effet de réduire les effectifs nécessaires en cuisine, et incitent à la sous-traitance de certains volets des services alimentaires.

Une autre question se pose relativement au rôle que l'entreprise Sodexo jouera dans les nouveaux CHU de Montréal. La mention de Sodexo dans les PFT – ainsi que les commentaires d'un employé de cette multinationale, rencontré lors d'une visite des services alimentaires de l'Hôpital général de Montréal – permettent d'anticiper une participation de Sodexo à la gestion de ce service de soutien dans les nouveaux CHU. Est-ce que cela signifie que la privatisation des CHU via la formule PPP se doublera d'une sous-traitance alimentaire avec une autre entreprise, en l'occurrence Sodexo? Existe-t-il des ententes à cet égard entre la multinationale et les consortiums qui se verront confier la gestion des CHU? Ou est-ce que ces consortiums mettront d'éventuels sous-traitants en compétition pour la prestation des services alimentaires, au risque d'exercer une pression à la baisse sur la qualité des aliments? Le manque de transparence des projets de partenariats public-privé du CHUM et du CUSM ne nous permettent pas d'obtenir de réponses à ces questionnements.

2.3 ANALYSE DES FORMULAIRES AS-471 DU CUSM

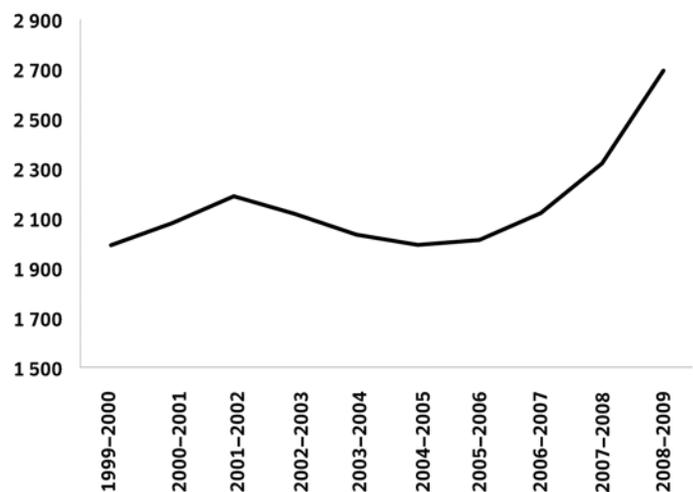
2.3.1 OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Pour tenter une meilleure compréhension des effets du passage d'un système de gestion public à un système de gestion privé dans les services alimentaires d'hôpitaux, nous avons

choisi d'explorer l'évolution du coût des repas au CUSM*. Pour ce faire, nous avons consulté les formulaires AS-471 de l'établissement. Tous les établissements de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux produisent ces rapports financiers qui décrivent l'évolution des dépenses et des revenus.

En 2004, l'administration de ce centre hospitalier universitaire a choisi de sous-traiter la gestion de ses services alimentaires. Depuis, ce service est administré par l'entreprise multinationale Sodexo**. L'une des premières actions de cette administration privée a été l'incorporation aux pavillons de l'Hôpital général de Montréal d'un service de distribution de type hôtelier. On évalue que les résultats de ce changement de gestion apparaissent à partir des années 2005–2006 et 2006–2007.

GRAPHIQUE 1 Évolution du nombre de repas préparés, CUSM (1999–2009), en milliers de repas



Le service des cuisines du CUSM produisait en 2008–2009 un total de 2 692 960 repas. Le graphique 1 indique que le nombre de repas produits par le CUSM a connu une augmentation soutenue depuis l'année 2004–2005 pour atteindre un sommet en 2008–2009. Voyons comment cette hausse de production de repas et l'arrivée de l'entreprise privée ont affecté les coûts du service.

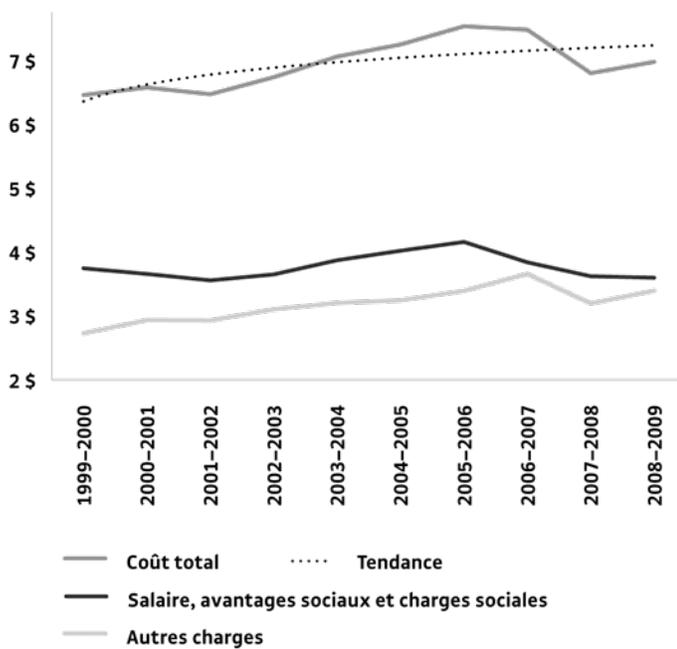
Le graphique 2 permet d'observer l'évolution sur 10 ans de la composition et des coûts par repas produit par les cuisines du CUSM. Les coûts par repas sont divisés en deux catégories : les salaires, avantages sociaux et charges sociales par repas et les autres charges par repas. La première catégorie représente l'ensemble des coûts salariaux des services alimentaires du

* Le CUSM est composé de l'Hôpital de Montréal pour enfants, de l'Hôpital Royal Victoria, de l'Hôpital général de Montréal, de l'Hôpital neurologique de Montréal, de l'Institut thoracique de Montréal et de l'Hôpital de Lachine (depuis avril 2008).

** À l'exception de l'Institut thoracique de Montréal, l'Hôpital de Lachine et du Pavillon Camille-Lefebvre qui se sont joints au CUSM en 2008. Cependant, depuis leur adhésion, ces deux pavillons sont aussi gérés par l'entreprise privée.

CUSM par repas. La seconde catégorie représente les achats pour des produits nécessaires au fonctionnement des cuisines des hôpitaux. Il comprend notamment l'ensemble des marchandises achetées à l'entreprise privée. Les coûts du poste « autres charges » augmentent donc nécessairement lorsque les services alimentaires font affaire avec des vendeurs de produits de 4^e ou de 5^e gamme.

GRAPHIQUE 2 Évolution des coûts par repas, CUSM (1999–2009)

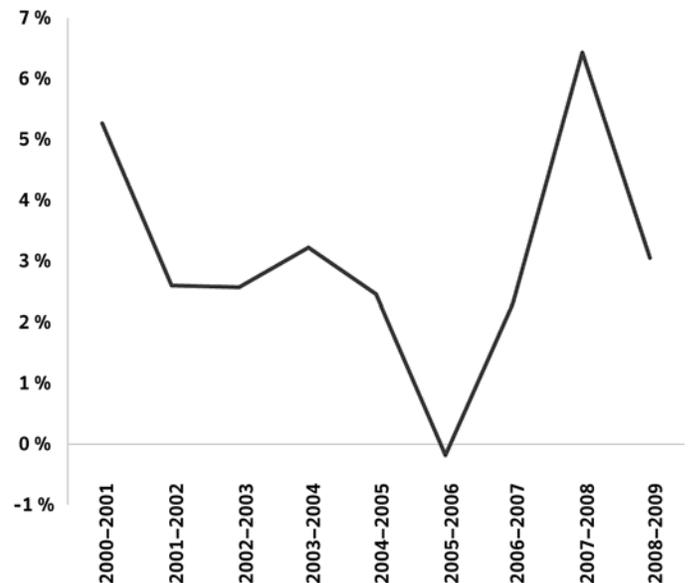


Les coûts sont passés de 6,45 \$ en 1999–2000 à 6,97 \$ en 2008–2009, soit une hausse de prix de 8,1 %. C'est en 2005–2006 que les coûts ont atteint leur sommet en neuf ans à 7,30 \$ avant de diminuer. On remarque que la courbe de la tendance des coûts par repas a connu une hausse quasi-constante entre 1999 et 2009. On constate aussi que les coûts par repas, s'ils ont diminué entre 2005–2006 et 2008–2009 ont connu quelques fluctuations. Ceci laisse penser qu'il est trop tôt pour affirmer que les coûts par repas demeureront inférieurs aux coûts de 2003–2004.

En ce qui concerne le ratio masse-salariale par repas, il a connu une diminution de près de 4 % sur 10 ans, soit une diminution de 0,15 \$ par repas. En effet, entre 2000–2001 et 2003–2004, l'augmentation moyenne était de 3,42 % tandis qu'après la signature du contrat de Sodexo l'augmentation moyenne est passée à 2,81 %, malgré la hausse du nombre des repas produits et la mise en place des premiers paiements liés à l'équité salariale en 2007–2008. Cette diminution se poursuit depuis l'année 2005–2006. On pourrait soutenir que cette diminution de la masse salariale par repas est causée par une productivité accrue de l'entreprise privée qui a, par exemple, réorganisé la production et amélioré l'efficacité. Le graphique 3 montre bien que c'est plutôt une diminution de la moyenne des augmenta-

tions de la masse salariale, après la signature du contrat de Sodexo, qui explique cette variation.

GRAPHIQUE 3 Variation de la masse salariale, CUSM (2000–2009)



Le compte « autres charges » est quant à lui passé de 2,72 \$ en 1999–2000 à 3,65 \$ en 2006–2007, soit son plus haut montant, avant de redescendre à 3,38 \$ en 2008–2009. Ce qui représente une augmentation de 24,71 % en 10 ans.

TABEAU 2 Proportion de la masse salariale et des autres charges par rapport au coût total des repas

Année	% masse salariale / coût total	% autres charges / coût total
1999–2000	57,9	42,1
2000–2001	55,5	44,5
2001–2002	54,9	45,2
2002–2003	54,1	45,9
2003–2004	54,7	45,3
2004–2005	55,4	44,6
2005–2006	55,1	44,9
2006–2007	51,2	48,8
2007–2008	53,1	46,9
2008–2009	51,5	48,5

Tel qu'il apparaît dans le tableau 2, le pourcentage du coût des « autres charges » se situe en 2008–2009 à 48,5 % du coût total, en regard de 51,5 % pour la masse salariale. En 1999–2000, ces proportions se situaient respectivement à 42,1 % et 57,9 %.

C'est donc dire qu'en 2008–2009, les achats de produits extérieurs (incluant les produits cuisinés à l'extérieur des services alimentaires des hôpitaux du centre) sont en croissance et avoisinent aujourd'hui la moitié des coûts. On remarque aussi au tableau 2 que le pourcentage de la masse salariale au regard des autres charges a connu d'importants changements entre 2005–2006 et 2006–2007.

Ces changements sont liés aux modifications apportées au modèle de gestion du centre hospitalier. Le tableau 2 montre que c'est depuis 2006–2007 que l'administration des services alimentaires a entrepris d'accroître graduellement la part des produits en impartition dans les hôpitaux. D'ailleurs, le PFT du CUSM précise que l'objectif est d'atteindre 65 % de cette catégorie d'aliments¹². Il est évident qu'un transfert est en train de s'effectuer. Au lieu d'investir dans ses employé·e·s et dans la qualité nutritive, le CUSM met l'accent, de concert avec Sodexo, sur l'achat de repas et d'aliments de 4^e ou de 5^e gamme fabriqués à l'extérieur du centre hospitalier.

2.3.2 LA QUESTION DES ÉCONOMIES AU CUSM

En 2004, lors de la signature du contrat avec Sodexo et de l'annonce de rénovations, l'administration du CUSM affirmait pouvoir ainsi réaliser des économies de 600 000 \$ par année au CUSM¹³. Un minimum de vérification de la part de l'administration du CUSM aurait révélé qu'un tel résultat était peu plausible. En effet, l'entreprise sous-contractante se devait d'implanter un modèle de distribution de type hôtelier à la fois à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital Royal Victoria. Cependant, ce deuxième hôpital n'étant pas habilité à recevoir les infrastructures pour le modèle hôtelier, les économies promises n'étaient pas réalisables.

Comme l'Hôpital Royal Victoria a une envergure similaire à l'Hôpital général de Montréal*, nous formulons l'hypothèse que les économies annuelles possibles pouvant découler de l'implantation de la rethermalisation seraient d'au plus de l'ordre de 300 000 \$. Si cette éventualité se voyait concrétisée, ce montant ne représenterait que 1,65 % d'économie sur l'ensemble des coûts directs bruts des services alimentaires du CUSM.

En d'autres termes, pour économiser une part infime de son budget, le CUSM n'hésite pas à sacrifier du personnel qualifié, à abolir des emplois bien rémunérés et à intégrer à son service davantage d'aliments en impartition, plus hasardeux au plan nutritif. Le démantèlement des cuisines publiques occasionné par ce type d'initiative se traduit également par un recul de l'expertise publique aux mains du privé qui devient dès lors détenteur d'une expertise dans le domaine.

Le cas du CUSM tend à valider une conclusion à laquelle parvenait en 1994 Denise Ouellet, nutritionniste et professeure au département des sciences des aliments et de nutrition de l'Université Laval, à savoir qu'au plan économique, les avantages des nouvelles technologies demeurent à démontrer¹⁴. En

outre, le partenariat avec Sodexo ne semble pas non plus avoir permis la réalisation d'économies. Et si l'on ajoute deux données supplémentaires – on ignore combien Sodexo est rémunérée pour ses services, et la technologie implantée au CUSM demeure la propriété du secteur public –, il y a lieu de se questionner sur la raison pour laquelle est maintenue cette entente avec le secteur privé.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour évaluer tout l'impact financier de la gestion des services alimentaires par Sodexo au CUSM, il faut faire référence à d'autres épisodes de privatisation pour mesurer les risques du modèle de la sous-traitance en matière de services alimentaires. Nous nous pencherons au chapitre 3 sur plusieurs exemples de promesses non tenues au chapitre des économies que devait entraîner le passage au mode de liaison froide ou à la sous-traitance.

2.4 ÉTUDES ET SONDAGES BIAISÉS

Une démarche de réflexion véritable s'impose quant à chacune des étapes de l'élaboration de projets d'envergure comme le CHUM et le CUSM. Quel rôle, par exemple, jouent les conseils prodigués par les promoteurs privés au moment d'évaluer les paramètres de tels projets ?

À cet effet, une étude de Poirier et Lauzon¹⁵ sur la rationalisation des services alimentaires a remis en question l'objectivité de la firme Price Waterhouse** à titre de conseiller du gouvernement sur l'avenir de ce service de soutien du domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Les chercheurs signalent que le rapport produit par cette firme privée et commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux prend pour postulat une nécessaire réduction de la taille de l'État et se termine, entre autres, par une recommandation visant à faire reconnaître l'apport déterminant des firmes-conseils (comme Price Waterhouse...), appelant même à la création d'un fonds qui permettrait de recourir régulièrement à leurs services¹⁶! En outre, il est frappant de constater que, 10 ans plus tard, c'est PricewaterhouseCoopers que l'Agence des PPP a mandaté et rémunéré 807 970 \$ pour analyser le mode PPP en prévision du nouveau CUSM¹⁷. Ces commandes de l'agence n'ont pas empêché le vérificateur général de conclure qu'« aucune évaluation critique, experte et indépendante¹⁸ » n'a été réalisée dans le cadre des évaluations de l'Agence des PPP. En somme, le vérificateur général n'a pas reconnu la pertinence de l'apport de PricewaterhouseCoopers.

Avant Poirier et Lauzon, Light et Walter avaient réalisé en Angleterre une étude plus documentée sur les transitions des services alimentaires dans les centres de santé et de services sociaux¹⁹. Les résultats en sont révélateurs. Après recension des établissements ayant réussi ou échoué l'inclusion de la liaison froide dans leurs services alimentaires, les auteurs concluent que les projets couronnés de succès sont ceux qui ne

* Tous deux représentent approximativement 33 % des lits du CUSM.

** Devenue PricewaterhouseCoopers.

se sont pas limités à l'information véhiculée dans le matériel publicitaire ou pseudo-scientifique des promoteurs privés.

C'est dire qu'il convient d'examiner attentivement les renseignements et la publicité diffusés par une firme multinationale telle que Sodexo. Dans un dossier du magazine *Nutrition* publié à l'hiver 2008, deux diététicien-ne-s de Sodexo nous présentent avec force louanges les avantages du programme d'alimentation offert aux établissements par Sodexo, qui s'articule autour de l'implantation du mode hôtelier et qu'ils ont instauré à l'Hôpital général de Montréal (CUSM)²⁰. Le service hôtelier peut être une option intéressante pour le mode de distribution d'un établissement de santé, mais le matériel promotionnel de Sodexo ne devrait pas se substituer à de véritables analyses et à une réelle concertation des principaux acteurs des services alimentaires. Voyons pourquoi.

Le texte publié dans *Nutrition* met surtout l'accent sur le fonctionnement du programme et ses bons côtés. En conclusion, les auteur-e-s présentent un sondage de satisfaction de la clientèle qui indiquerait que les patient-e-s préfèrent le programme implanté par Sodexo au service précédent de l'hôpital. Le texte nous informe qu'en 2004 (avant l'instauration du nouveau système), le taux de satisfaction générale à l'égard des services alimentaires était de 76 %, tandis qu'en 2007 (après l'instauration complète du programme), il était de 92 %. Les auteur-e-s ajoutent que cette augmentation correspond à ce qu'ont recensé d'autres recherches et citent en référence une étude menée en 2003 par Georganne Shockey.

Mais en étudiant de plus près le tableau fourni par les diététicien-ne-s et la référence offerte en preuve, certains doutes émergent quant à cette satisfaction alléguée des patient-e-s :

- L'étude a questionné entre 60 et 70 patient-e-s, soit un échantillon restreint.
- Le texte présente uniquement les résultats avantageux pour Sodexo. En effet, le graphique montre bien que, parmi quatre sondages de satisfaction de la clientèle réalisés après la mise en place du programme de Sodexo, les auteur-e-s n'en citent que deux, ceux qui indiquent un taux de satisfaction de 92 %. Les deux autres atteignent à peine la barre des 80 %, soit moins de 5 % de différence du sondage de référence effectué en 2004. Comme aucune marge d'erreur n'est définie, l'on ne peut dire si cette différence est en deçà de la marge d'erreur, mais il est raisonnable de croire que oui.
- Quant aux autres paramètres où des données permettent de comparer les systèmes (soit l'apparence, la simplicité des directives et la température des plats*), ce n'est qu'au chapitre de l'apparence des mets que l'offre de Sodexo se distingue de l'ancien système avec un taux de satisfaction systématiquement plus élevé. Dans le cas de la

température des plats et de la clarté des directives, le modèle précédent récolte un meilleur taux de satisfaction que celui de Sodexo dans deux sondages sur trois.

Il semble donc que les taux de satisfaction affichés dans l'étude de McGill/Sodexo soient comparables à ceux des sondages précédents. Quant à l'étude de Shockey à laquelle réfère le texte, elle ne semble pas constituer une référence scientifique valable. D'abord, le seul endroit où il est question du taux de satisfaction dans cette étude, qui compte moins de quatre pages, est dans cette phrase : « *Customer satisfaction is increasing. Facilities are reporting 90 to 95 percent satisfaction.* »²¹ Aucune référence ou démonstration empirique n'accompagne cette assertion.

De plus, on apprend sur le site d'une firme de consultants en services alimentaires, « Ruck-Shockey Associates Inc. », que Georganne Shockey est une ancienne gestionnaire nationale de Sodexo « reconnue et primée pour avoir fait grimper de 600 % » les ventes de l'entreprises²². Ex-manager de Sodexo, Mme Shockey a un parcours qui ne la place pas dans une position de neutralité pour nous vanter les services alimentaires de cette entreprise.

Nous avons vu dans ce chapitre que les plans fonctionnels et techniques des futurs CHU de Montréal confirment que les gestionnaires de ces projets ont choisi d'accorder une plus grande place à la liaison froide et aux aliments produits en impartition, c'est-à-dire achetés auprès de fournisseurs privés. En outre, le fonctionnement préconisé dans les PFT n'exclut aucunement un recours grandissant à la sous-traitance pour les services alimentaires de ces deux centres hospitaliers universitaires.

En second lieu, les données financières disponibles ne nous permettent pas de conclure à un succès de la sous-traitance de la gestion par Sodexo des services alimentaires du CUSM. Au contraire, l'évolution des dernières années est marquée par un ralentissement des augmentations de salaires et annonce une augmentation des produits achetés congelés de l'extérieur de l'hôpital. Cette situation, la présence de Sodexo au sein du centre hospitalier universitaire McGill, est d'autant plus difficile à justifier dans un contexte où elle confirme la tendance au démantèlement du contrôle public dans un secteur déterminant pour les soins prodigués aux patient-e-s, sans même que ce retrait ne se traduise par des bénéfices.

Enfin, nous avons pu constater que des documents produits par les promoteurs privés œuvrant dans le domaine de la sous-traitance ne suffisent pas à nous convaincre de la pertinence de ces options. Il est probable que l'implantation d'un service de distribution tel que le mode hôtelier soit une avancée pour les patient-e-s d'un établissement de santé. Toutefois, rien n'indique que la présence d'un sous-traitant, tel que Sodexo au CUSM, soit nécessaire au bon fonctionnement du service alimentaire ou au maintien d'un service tel que le mode hôtelier.

* À ce niveau, le tableau n'est pas clair. Il indique la satisfaction sous la rubrique *Hot food*. Est-ce que cette rubrique sous-entend la température des plats ou la qualité de la nourriture servie chaude ? Aucune précision n'est offerte.

Chapitre 3

Expériences passées de reconfiguration des services alimentaires

Dans ce chapitre, nous recensons des expériences de sous-traitance des services alimentaires, vécues ailleurs au Canada et dans le monde, pour apprendre que ces transitions ont régulièrement donné des résultats négatifs, suffisamment pour questionner les vellétés de privatisation des services d'aliments aux patient·e·s du système de santé québécois.

Dans un premier temps, nous retiendrons plusieurs cas où la privatisation de services alimentaires n'a pas donné voie aux économies promises par les administrations ayant fait ces choix. Puis, nous évoquerons plus largement les vastes débats publics provoqués par certaines expériences canadiennes, ainsi que les reculs subis par des autorités en santé qui ont tenté de se départir de leurs services alimentaires. Enfin, nous examinerons spécifiquement les questions très sérieuses que soulève la sous-traitance des services alimentaires aux plans de la qualité et des conditions de travail.

3.1 PRÉCÉDENTS CANADIENS

3.1.1 PROMESSES D'ÉCONOMIES

Des chercheurs ont clairement montré comment la sous-traitance des services alimentaires à l'Hôpital La Providence de Magog avait fait exploser les coûts des repas²³. Comme on peut le voir au tableau 3, durant les quatre années d'administration de Sodexo, le coût unitaire des repas, les achats et les fournitures ont grimpé de 30,5 %, alors que l'indice des prix à la consommation n'augmentait que de 4,3 % par an en moyenne. À la reprise du service alimentaire par l'administration de l'hôpital, les prix ont littéralement chuté de 14,9 %

Ailleurs au pays, à Regina par exemple, les administrateurs des autorités de santé publique ont estimé en 2003 pouvoir reprendre du service alimentaire par l'administration publique de l'hôpital, les prix ont littéralement chuté, baissant de 14,9 % économiser 1,88 millions de dollars (M\$) par an en instaurant un système de liaison froide. L'achat du matériel se chiffrait pourtant à 4,6 M\$, avec une durée de vie relativement courte, soit de 9 à 10 ans²⁴.

À la même époque, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal procédait à des rénovations majeures. Dans cette institution, le coût élevé des installations de liaison froide avait motivé les administrateurs à conserver leurs cuisines conventionnelles. Ce choix n'a pas freiné les succès de ces cuisines conventionnelles; au contraire, ses mets se distinguent tant au chapitre de la valeur nutritionnelle que de la satisfaction des patient·e·s²⁵. En 2007–2008, un sondage Léger Marketing à ce sujet dénotait un taux de satisfaction des patient·e·s supérieur à 75 %²⁶.

En Colombie-Britannique, un agent du bureau de l'ombudsman de cette province a attribué des économies de 70 000 \$ par année au choix de l'Hôpital de Penticton et de l'Unité de médecine légale de Riverview de revenir à des cuisines conventionnelles. Une expérience d'externalisation s'était également avérée infructueuse au chapitre de la qualité et de la quantité des portions servies²⁷.

Au Manitoba, une tentative de regrouper les cuisines de Winnipeg dans un grand centre de production externalisé s'est terminée en fiasco au début des années 2000. Le tableau 4 est tiré d'un rapport du vérificateur général de cette province²⁸. On y observe que le coût par repas en 1999 dépassait presque du double (88 %) les prévisions budgétaires. Nous reviendrons à la section 3.1.3 sur cette expérience manitobaine pour des considérations plus générales.

TABLEAU 3 Évolution du coût unitaire des achats et des fournitures sous la gestion de Sodexo et de l'hôpital La Providence

Année	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Gestion	SODEXO				LA PROVIDENCE				
Coût unitaire, achats et fournitures	4,29 \$	5,06 \$	5,67 \$	9,54 \$	5,03 \$	4,14 \$	4,12 \$	4,07 \$	4,26 \$
Augmentation annuelle		17,9 %	12,2 %	68,3 %	-47,3 %	-17,6 %	-0,6 %	-1,0 %	4,7 %
Augmentation moyenne				30,5 %					-14,9 %
Augmentation annuelle de l'IPC		4,1 %	4,2 %	4,6 %	5,3 %	6,3 %	1,6 %	1,9 %	0,2 %
Augmentation annuelle de l'IPC				4,3 %					3,0 %

Source : Poirier et Lauzon (1995).

TABEAU 4 Évolution du coût par repas des cuisines regroupées de l'Urban Shared Services Corporation (USSC), géré par l'entreprise privée Aramark

	Montant budgété	Montant réel	Différence	Écart
Aliments	1,67 \$	2,75 \$	1,08 \$	64,7 %
Main-d'œuvre	0,84 \$	2,03 \$	1,19 \$	141,7 %
Autre	1,24 \$	2,20 \$	0,96 \$	77,3 %
Dette	0,50 \$	1,01 \$	0,51 \$	102,0 %
Coût total par repas	4,25 \$	7,99 \$	3,74 \$	88,0 %
Nombre de repas	1 506 000	996 000	(510 000)	(33,9 %)
Coût total des repas	6 395 000 \$	7 957 000 \$	1 562 000 \$	24,4 %

Source : Manitoba Provincial Auditor (2000).

3.1.2 PRIVATISATIONS MASSIVES EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Au Canada, les débats suscités par les tentatives de privatisation des services alimentaires ont eu lieu « d'un océan à l'autre ». En Colombie-Britannique, les services alimentaires de la province furent massivement privatisés après l'élection d'un nouveau gouvernement en 2001. Avant que les contrats de sous-traitance ne se multiplient avec, notamment, les multinationales Compass et Sodexo, les 52 unités administratives de santé ont été réunies en 6 régions, ce qui eut pour effet de faciliter le transfert de la gestion au secteur privé. On y a justifié le recours à la sous-traitance en promettant que cela permettrait de réaliser des économies importantes. L'une des administrations régionales, la Fraser Health Authority (FHA), affirmait pouvoir épargner 1,2 M\$²⁹, tandis que la Vancouver Island Health Authority (VIHA) avançait le chiffre d'économies annuelles de 10 M\$³⁰.

À la suite de ces mesures, de nombreux problèmes reliés aux mets servis aux patient·e·s des hôpitaux de Colombie-Britannique ont tôt fait de provoquer un tollé, les patient·e·s déplorant un service sous-standard et des assiettes jugées repoussantes.

«Recently I spent 10 days in St. Paul's Hospital in Vancouver... the food we were served was garbage. I have many allergies, so I made a list of what I couldn't have. Top of the list was milk, next was grapes. My first tray was milk, a cup of grape jello and two cups of grape juice.»³¹

Alors que se multiplient les «histoires d'horreurs» de ce genre, l'une des cuisines industrielles de Vancouver est durement critiquée dans un rapport évoquant des «risques élevés»

à la sécurité des patient·e·s en raison de nombreuses «violations hygiéniques³²».

En 2004, la Health Sciences Association (HSA), qui représente des diététistes, des travailleurs sociaux et des pathologistes, exprime elle aussi sa préoccupation. La présidente de cette association déplore que les travailleurs sociaux occupent maintenant plus de la moitié de leur temps à répondre aux plaintes des familles concernant la nourriture³³.

La situation devient à ce point problématique que les autorités de santé publique consentent en 2005 à faire évaluer officiellement la qualité de la nourriture du système de santé³⁴. Cette décision fait suite à une première évaluation menée par un groupe indépendant qui a conclu qu'un hôpital sur deux à Vancouver et un sur quatre en Colombie-Britannique ne respectaient pas les normes d'hygiène. Auparavant, l'Armée du Salut avait annulé son contrat avec le groupe Compass et ses affiliés pour la prestation des services alimentaires et d'entretien ménager au centre de soins à long terme Sunset Lodge³⁵. Ces déboires répétitifs amènent un éditorialiste du *Vancouver Sun* à réclamer une enquête publique, requête à laquelle les autorités accèderont finalement en 2005³⁶.

3.1.3 ÉCHEC D'UNE CUISINE CENTRALISÉE À WINNIPEG

Il faut également prendre en considération l'expérience d'un regroupement de cuisines imposé aux hôpitaux de Winnipeg durant les années 1990³⁷. Le projet consistait à regrouper la production de mets pour neuf hôpitaux et d'en confier la gestion à la multinationale Aramark. Très tôt, ce système s'est attiré nombre de critiques. D'abord, la nourriture n'était plus produite localement et pouvait être importée depuis d'autres provinces aux dépens des producteurs locaux. La qualité de cette nourriture a aussi fait l'objet de nombreuses plaintes, particulièrement pour les patient·e·s des centres de soins de longue durée. Dans l'un de ces centres, on a estimé à près de trois kilos en moyenne les pertes de poids des résident·e·s à la suite de l'introduction de la nourriture rethermalisée³⁸. La valeur nutritive des mets n'était pas satisfaisante, tout comme les conditions de préparation dans le centre de production, qui a dû être réaménagé. Les tentatives d'amélioration du système défailant ont échoué, et ce problème est devenu un enjeu électoral lors la campagne provinciale de 1999 au Manitoba. Un nouveau gouvernement fut élu et, en 2000, après une réévaluation des services alimentaires hospitaliers, il fut décidé de ne pas renouveler les contrats avec l'entreprise privée, de revenir aux cuisines conventionnelles publiques et d'approvisionner en produits locaux les hôpitaux de Winnipeg. Dans son rapport de l'an 2000, le vérificateur général du Manitoba a critiqué les autorités de santé d'avoir ainsi choisi de tenter une privatisation complète des services alimentaires³⁹.

3.1.4 ALIMENTS SURGELÉS CRITIQUÉS AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le Nouveau-Brunswick a également connu une lutte contre le passage aux mets rethermalisés. Le nouveau système avait provoqué chez les patient·e·s d'un centre de soins de la diarrhée, des vomissements et des crampes. La population avait été choquée d'apprendre que, dans le cadre de ce nouveau système, les rôties servies au déjeuner étaient produites à Toronto avant d'être rethermalisées sur place⁴⁰. L'opposition populaire a forcé les administrateurs à réduire la proportion des mets produits en impartition industrielle à l'extérieur de la province.

3.2 IMPLICATION DU « BIG THREE »

La sous-traitance des services alimentaires d'un centre hospitalier passe presque invariablement par un partenariat avec l'une ou l'autre des trois grandes multinationales dans le domaine : Sodexo, Compass et Aramark. Ces entreprises ont été au centre de nombreuses polémiques dans les pays où elles ont étendu leurs activités. Non seulement les avantages économiques de faire affaire avec ces entreprises sont-elles questionnables, mais certaines pratiques, notamment en matière d'emploi, le sont tout autant.

En 2001, en France, le *Conseil de la concurrence* a imposé une amende de 1,3 million d'euros à Sodexo ainsi qu'à deux de ses concurrentes pour avoir conclu une entente de répartition de marché et des prix*. En 2005, aux États-Unis, Sodexo consent à verser 80 M\$ à plus de 3 000 employé·e·s afro-américain·e·s⁴¹ qui lui avaient intenté une poursuite d'un milliard de dollars (G\$) pour pratiques discriminatoires⁴².

Quand a été annoncée la participation de Sodexo au réaménagement des services alimentaires de la Colombie-Britannique, un député contesta ce choix à l'Assemblée législative, en rappelant les antécédents de cette entreprise dans un hôpital écossais où l'on a trouvé :

that piles of waste and garbage were being left in hospital elevators and on the floor because there weren't enough workers, just like the scheme that was revealed in his secret briefing book. Cleaners were being forced to serve patients food after they'd cleaned toilets. Patients were being infected with superbugs⁴³.

Le chercheur Dan Zuberi de l'Université de Colombie-Britannique a pour sa part montré que 30 % des employé·e·s des services de soutien hospitaliers qui travaillent pour l'une ou l'autre des multinationales du secteur affirment avoir besoin de deux emplois pour subvenir à leurs besoins. De ce nombre, 39 % affirment avoir besoin d'un troisième emploi. Le chercheur a aussi montré que 70 % de ces travailleurs et travailleuses ont du mal à payer leurs factures mensuelles⁴⁴.

* Sur les 100 000 employé·e·s de Sodexo aux États-Unis, le quart sont noir·e·s, mais seulement 1 cadre sur 8 est noir·e et 1 noir·e sur 50 figure dans les cadres supérieur·e·s.

Nous aborderons au chapitre 4 quelques exemples de projets visant à implanter davantage de nourriture fraîche et locale dans les services alimentaires hospitaliers. Dans le cadre de l'un de ces projets en Angleterre, le seul hôpital ayant échoué dans la mise en œuvre du projet pilote était un établissement dont les services alimentaires étaient gérés par le groupe Compass et où le coût payé pour les aliments servis était le plus bas des hôpitaux impliqués dans le projet.

3.3 QUALITÉ DE LA NOURRITURE

En juillet 2009, la publication par le gouvernement québécois d'un cadre de référence en matière d'alimentation dans les hôpitaux** a confirmé ce que plusieurs observateurs déploieraient déjà en la matière. Ce cadre ne constitue pas une mesure contraignante, comme on en trouve dans d'autres provinces. Selon les chiffres de la nutritionniste Denise Ouellet, ce laxisme va de pair avec de faibles dépenses « par assiette » dans les établissements de santé québécois. En moyenne⁴⁵, ces dépenses oscillent entre 1,90 \$ et 2,50 \$⁴⁶. Ces dépenses sont nettement plus élevées en Ontario qu'au Québec⁴⁷.

Selon les nutritionnistes et les travailleurs des services alimentaires⁴⁸, la qualité de la nourriture servie devrait pourtant faire partie intégrante des soins prodigués, plutôt que de figurer comme un service de soutien strictement technique dont on cherche à se départir. Pour illustrer cette importance, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec évaluait déjà en 1996 que 577 477 journées d'hospitalisation pourraient être épargnées au système de santé si la malnutrition durant le séjour en établissement bénéficiait d'une intervention précoce dans les centres hospitaliers de courte durée⁴⁹. Selon eux, cette situation a pour effet d'allonger les listes d'attentes et de hausser les réadmissions à l'hôpital. C'est ce que confirme une étude helvète qui établit un lien entre le statut nutritionnel et le résultat d'une hospitalisation⁵⁰. Après examen des cas de 1 319 patient·e·s en Suisse, cette étude conclut qu'un apport nutritionnel déficient entraîne une hausse de 300 % de la mortalité et une prolongation des séjours de l'ordre de 30 %.

À l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, un souci particulier des questions nutritionnelles aurait contribué au choix de maintenir une cuisine traditionnelle appréciée par les patient·e·s. Cet hôpital a néanmoins concentré ses services alimentaires dans l'édifice Maisonneuve. Lors de la fermeture des installations culinaires dans le bâtiment Rosemont, l'administration a tenté d'y remplacer les repas par des mets en impartition. Les plaintes exprimées dès la réception des mets rethermalisés n'ont laissé d'autre choix aux administrateurs que d'approvisionner à nouveau la totalité du centre hospitalier à partir des cuisines conventionnelles publiques⁵¹.

L'utilisation accrue de produits de 4^e et de 5^e gamme dans les services alimentaires des hôpitaux québécois doit être questionnée. La présente étude n'a pas pour objet de tenter une synthèse

** CHSLD (1,91 \$), CSSS (2,10 \$), CHU (2,33 \$), CH (2,52 \$).

des expériences consacrées à l'utilisation des mets surgelés, mais suffisamment de doutes ont été exprimés au Québec et ailleurs pour modérer largement cette tendance. Non seulement leur valeur diététique ne fait-elle pas l'unanimité chez les nutritionnistes, mais les entreprises qui produisent ces mets en usine ont des pratiques parfois peu rassurantes. Un récent article du *New York Times* indiquait que les entreprises de nourriture surgelée ne parviennent pas à garantir la sécurité de leurs ingrédients. Le texte cite en exemple le cas de ConAgra, une entreprise qui s'est montrée incapable d'identifier lequel des 25 ingrédients composant l'un de ses mets contenait la salmonelle responsable de l'intoxication de 15 000 personnes en 2007⁵².

3.4 CONDITIONS DE TRAVAIL

Pour ce qui est de l'éventuel passage à un système de liaison froide et à davantage d'aliments en impartition dans les deux nouveaux hôpitaux du CHUM et du CUSM, nous pouvons nous attendre à ce que l'entreprise Sodexo y occupe une place très importante. Déjà implantée à l'Hôpital général de Montréal, le programme «sur commande – service au chambre» de Sodexo est le fer de lance de l'entreprise dans le milieu hospitalier. Or, il nous semble important de souligner les changements probables des conditions de travail du personnel qui serait touché par une entrée en scène de Sodexo.

Au fil des années, il est devenu évident que l'un des principaux objectifs du passage à la sous-traitance était la réduction des coûts de main-d'œuvre. Et, au-delà des nombreux autres problèmes liés à la privatisation des services alimentaires en milieu hospitalier, on ne peut nier que les conditions de travail ont une influence sur l'ensemble de la qualité du service.

Au CHUM, les services alimentaires emploient présentement 206 postes *équivalents temps complet* (ETC). Selon les informations contenues dans le PFT, ce chiffre sera réduit de 64 postes. En outre, près de 50 % des emplois prévus au PFT concernent les «préposés aux services alimentaires (+ distribution)», soit 100 équivalents temps complet (ETC) sur un effectif total de 211 employé·e·s. Les emplois de préposé·e·s aux services alimentaires sont rémunérés, selon la convention collective en vigueur, à 16,64 \$/h (taux en vigueur en 2009). Les conditions de travail des employé·e·s de Sodexo ne sont pas rendues publiques, mais nombreux sont les exemples, partout dans le monde, où les conditions de travail des employé·e·s dont le service a été sous-traité à Sodexo se sont lourdement détériorées. Une première comparaison avec la rémunération horaire moyenne des employé·e·s de la catégorie «hébergement et service de restauration» de Statistique Canada nous apprend que celle-ci s'élève à 14,60 \$/h au Québec pour l'année 2008. Les autres catégories d'emplois principalement touchées par une privatisation seraient celles de cuisinier·ère, aide-cuisinier·ère, boulanger·ère/pâtissier·ère, technicien·ne alimentaire et diététicien·ne/nutritionniste. En cas de transfert vers un système de liaison froide, les repas ne

seraient plus préparés sur place, d'où un nombre réduit de cuisinier·ère·s. Une telle décision viendrait donc consolider la tendance aux pertes d'emplois spécialisés dans les cuisines en raison de la dégradation des conditions de travail.

Cette comparaison ne prend pas en considération les avantages sociaux, qui font partie intégrante des conditions de travail du personnel. Or, le processus de sous-traitance s'accompagne systématiquement d'une perte des avantages sociaux dont bénéficient les employé·e·s. On évalue généralement le coût des avantages sociaux à entre 20 % et 30 % du salaire, ce qui signifie une perte encore plus lourde pour les employé·e·s. Paradoxalement, les diminutions de salaire dues à la privatisation se traduisent rarement par une diminution des coûts pour l'hôpital, puisque l'entreprise privée se taille une substantielle marge de profit.

Un tour d'horizon du processus de privatisation des services alimentaires en milieu hospitalier au cours des dernières années démontre aussi qu'au-delà des enjeux salariaux, les conditions de travail du personnel se sont surtout dégradées au chapitre de l'organisation du travail. À Vancouver, des syndiqué·e·s d'un hôpital ont dénoncé publiquement les pressions d'un représentant de Sodexo, enregistré à son insu alors qu'il les enjoignait d'accepter des baisses de salaire de 17–18 \$/h à 8–10 \$/h. Cette proposition était faite en échange d'une reconnaissance du syndicat par l'entreprise, qui venait d'acquiescer les services alimentaires des mains du gouvernement⁵³. Ces politiques draconiennes de précarisation du personnel ont provoqué la perte de 8 500 emplois publics entre 2002 et 2005 dans les services de soutien hospitaliers de la Colombie-Britannique⁵⁴.

Dan Zuberi a étudié les conditions de travail des personnes à l'emploi des compagnies de sous-traitance embauchées par les hôpitaux. En plus de baisses de salaires dramatiques, ces employé·e·s précaires évoluent dans un environnement de travail marqué par des équipes de travail en sous-effectif, une pression induite, un fort taux de roulement, un manque de formation et d'expérience et une multiplication des blessures au travail⁵⁵.

Zuberi signale aussi que plusieurs travailleurs et travailleuses subissent des pressions pour ne pas déclarer leurs blessures à la Worker's Compensation Board (l'équivalent de la CSST en Colombie-Britannique), puisque c'est le nombre de blessures qui détermine le montant que doit verser l'entreprise à cet organisme⁵⁶. Parmi les nombreux propos qu'il rapporte, ceux de Khalid Imani, un cuisinier de 43 ans, sont particulièrement éloquentes :

Une dame s'est brûlée à la poitrine. Un superviseur lui a dit : «OK, mets de la glace là-dessus et n'en parle à personne». Le lendemain quand je suis arrivé, elle pleurait; alors j'ai crié au gérant de production : «C'est complètement inacceptable [...] Essayez-vous d'économiser quelques dollars à la compagnie en ne payant pas les compensations aux travailleurs ? »⁵⁷

Cette précarisation a notamment pour effet d'accroître le roulement du personnel. Pas étonnant d'apprendre dans le rapport du vérificateur général d'Écosse que le taux de roulement moyen du personnel des services de soutien hospitalier est plus élevé chez le personnel en sous-contrat (40 %) que chez les travailleuses et travailleurs à l'emploi direct des hôpitaux (23 %) ⁵⁸.

Les emplois des services de soutien hospitaliers sont très majoritairement occupés par des femmes. La précarisation de ces emplois se répercute donc directement sur les conditions socio-économiques de l'ensemble des femmes ⁵⁹.

Les exemples de la Colombie-Britannique et du Royaume-Uni devraient servir aux gestionnaires de signaux d'alarme montrant que la diminution des coûts au niveau de la masse salariale des employé·e·s ne se traduit pas nécessairement par des économies pour l'hôpital mais plutôt par des risques accrus, tant au niveau de la santé que de la sécurité du personnel et des patient·e·s.

En 2007, un rapport de l'organisme Vancouver Coastal Health faisait valoir que le taux élevé de roulement du personnel d'entretien était la principale cause des ratés dans la qualité du nettoyage des hôpitaux. Cette étude a été publiée dans la foulée d'une multiplication des infections nosocomiales, comme la pandémie de bactérie C-difficile, qui a causé la mort d'approximativement 2 000 personnes âgées au Québec en 2003–2004 ⁶⁰. Tout comme les services d'entretien ménager, les services alimentaires ne se résument pas à une fonction technique qu'il suffirait d'obtenir à rabais. Il s'agit, tout au contraire, de secteurs des hôpitaux qui sont intrinsèquement liés à la santé des patient·e·s et ne devraient donc pas faire l'objet de coupes cavalières.

Chapitre 4

Conclusions : Que faire des services alimentaires hospitaliers ?

Ce dernier chapitre constitue un survol des différentes tendances actuelles en ce qui concerne la réforme des services alimentaires en milieu hospitalier. Comme dans n'importe quel domaine, il est possible d'innover dans la gestion des cuisines des hôpitaux. Les nombreux cas cités de problèmes graves, découlant de privatisations visant à réaliser des économies somme toute négligeables, ne devraient pas nous braquer *de facto* contre toute évolution des cuisines conventionnelles. Nous verrons ici quelles solutions devraient être envisagées aux chapitres des modes de production et de gestion. Enfin, nous évoquerons aussi l'importance d'une politique québécoise des services alimentaires en établissement de santé, notamment en identifiant des réussites et des tendances constatées à l'étranger

4.1 MODE DE PRODUCTION

La « liaison chaude », c'est-à-dire les cuisines conventionnelles, possède un certain nombre de qualités qui ne peuvent être offertes par d'autres technologies. Rien n'indique que la liaison froide ou les aliments en impartition parviennent à égaler la fraîcheur et les valeurs nutritives contenues dans les aliments produits en liaison chaude. De même, la rethermalisation en liaison froide n'égale pas le résultat d'une cuisson conventionnelle. Par conséquent, les hôpitaux devraient maintenir une cuisine conventionnelle dans leurs installations.

La « liaison froide » est une technologie pouvant accroître le nombre d'options qui s'offrent aux gestionnaires des services alimentaires. La réfrigération de mets peut en effet s'avérer utile pour certains aliments. Néanmoins, comme nous l'avons mentionné, la liaison froide ne saurait remplacer la liaison chaude. De la même façon, au chapitre des coûts, les promesses d'économies associées au passage à la liaison froide rencontrent rarement les objectifs fixés. En outre, la liaison froide n'a pas d'effet bénéfique sur les services alimentaires si elle pave la voie à l'augmentation des aliments de 4^e et de 5^e gamme. Donc, contrairement à la liaison chaude, la liaison froide n'est pas indispensable aux cuisines des hôpitaux.

Il serait très imprudent de remplacer la production de cuisines conventionnelles par des aliments en « impartition » (4^e et 5^e gammes), ce qui constitue une forme de sous-traitance. Non seulement la valeur nutritive et la diversité d'aliments de qualité n'ont pas été clairement démontrées, mais l'introduction de ces aliments incite au démantèlement des cuisines publiques. Dépourvu-e-s de leur expertise en cuisine, les gestionnaires d'établissements publics sont alors à la merci des entreprises agro-alimentaires. De façon similaire à la liaison froide, il est

possible d'envisager une utilisation stratégique et complémentaire de certains produits en impartition, mais un tel usage ne devrait pas s'effectuer aux dépens de l'activité des cuisines conventionnelles, comme il est actuellement prévu dans les PFT du CHUM et du CUSM.

Le « regroupement de cuisines » (commissariat), effectué dans des locaux extérieurs aux hôpitaux, a aussi été régulièrement proposé en alternative aux cuisines conventionnelles. Cette pratique a été rendue possible par l'implantation de la liaison froide dans les hôpitaux désireux de se départir de leur cuisine et de ne servir que des mets cuisinés ailleurs. L'Ontario a largement privilégié cette voie. Toutefois, Poirier et Lauzon ont mis en doute la rentabilité du passage en mode de liaison froide. Ils estiment que les économies promises par le regroupement de plusieurs établissements risquaient fort de rester en deçà des vastes investissements requis⁶¹. Donc, compte tenu du coût écologique des transports par camion, des risques associés aux conditions climatiques québécoises, de la désarticulation des communautés locales en raison des relocalisations d'emplois vers les grands centres, et de la montée de conditions encourageant la privatisation de cuisines ainsi regroupées et plus attrayantes financièrement que l'acquisition de cuisines individuelles, il appert que cette formule ne favorise aucunement la production de repas frais et locaux.

Le service aux chambres dit « hôtelier » est un mode de distribution qui se répand actuellement en Amérique du Nord. Comme nous l'avons vu plus haut, ce système devrait faire l'objet d'analyses plus poussées que celles qui sont présentement disponibles avant que son développement ne soit encouragé dans les établissements de santé du Québec. La personnalisation des repas semble de prime abord une façon de respecter le plus possible la préférence des patient-e-s et, par le fait même, d'éviter le gaspillage. Cependant, il faut une fois de plus s'assurer que l'implantation du procédé ne se traduise pas par un envahissement de produits en impartition, c'est-à-dire de produits surgelés et préparés en usine. Somme toute, le service hôtelier de distribution d'aliments est une voie qui gagnerait à être davantage explorée si l'on ne confie pas sa gestion en sous-traitance et s'il ne sert pas de prétexte pour diminuer la qualité de la nourriture servie aux patient-e-s.

4.2 MODE DE GESTION

Plusieurs cuisines des établissements de santé du Québec ont atteint un niveau de vétusté qui rend inévitables des travaux de rénovation dans un avenir rapproché. Ces rénovations seront également l'occasion de procéder à des reconfigurations des services alimentaires afin d'intégrer des technologies pouvant améliorer l'ensemble des activités.

Rien toutefois ne permet de conclure qu'il est préférable de céder au secteur privé la gestion des services alimentaires, en totalité ou en partie, ou l'implantation de nouvelles technologies.

Au contraire, force est de constater que les intérêts des multinationales qui accaparent les services alimentaires des hôpitaux ne sont pas compatibles avec ceux des collectivités. La pression affectant la qualité des aliments et les conditions de travail de la main-d'œuvre s'avère improductive si l'on considère les services alimentaires de qualité comme partie intégrante des soins à prodiguer dans les établissements de santé.

4.3 RESPONSABILITÉ GOUVERNEMENTALE

En juillet 2009, le dévoilement par le gouvernement du Québec du « Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de pratiques alimentaires adaptées » confirmait la décision du gouvernement de ne pas imposer de normes en matière d'aliments, laissant plutôt les établissements fixer leurs propres balises. Cette approche vient aussi renforcer la perception que l'État considère la nourriture des hôpitaux comme un service encombrant dont on peut se défaire et pour lequel on manquerait de fonds.

Cette approche trop peu contraignante amène les établissements de santé à faire des choix contradictoires, comme celui de laisser dans les hôpitaux une malbouffe, met en échec les modestes initiatives visant à réduire l'impact de cette dernière. Surtout, elle démarque le Québec d'autres États qui prennent ce problème beaucoup plus au sérieux. En effet, certains pays ont vu leurs gouvernements s'impliquer directement dans le développement de pratiques alimentaires plus saines, qui misent sur davantage d'alimentation fraîche et produite localement.

L'Italie est le pays européen qui a consacré la plus grande part de ses terres à la culture d'aliments biologiques⁶². Durant les années 1980, différents paliers de gouvernement ont entrepris d'implanter la nourriture traditionnelle dans les écoles et autres institutions publiques. Les succès obtenus avec ces politiques ont convaincu le parlement italien d'adopter en 2000 une loi nationale qui requiert l'utilisation de nourriture biologique dans les écoles et les hôpitaux de tout le pays. Des fonds ont été mis à la disposition des institutions, et des administrations régionales ont emboîté le pas. Un hôpital pouvait ainsi obtenir un financement allant jusqu'à 70 % des nouveaux coûts si le réaménagement touchait au moins 50 % des menus.

L'exemple autrichien, pour sa part, vient confirmer la notion que de telles politiques favorisant les aliments biologiques peuvent être instaurées sans augmentation considérable des coûts⁶³. Dans ce pays, on a limité les coûts de la transition en adaptant les stratégies d'approvisionnement aux disponibilités saisonnières, en réduisant légèrement les portions de viande (pour les compenser par une qualité accrue) et en gérant mieux les prévisions pour limiter les pertes.

4.4 TENDANCES ET INITIATIVES ÉTRANGÈRES

Il serait d'autant plus souhaitable de la part des administrateurs de santé du Québec et des concepteurs des projets du CHUM et du CUSM de considérer les pratiques étrangères dans un contexte où ces initiatives ne constituent plus simplement un passage à la liaison froide et à la nourriture en impartition, bien au contraire.

L'un des exemples les plus intéressants nous vient d'Angleterre et porte le nom de *Hospital Food Project*. C'est le fruit d'une collaboration entre des gestionnaires d'hôpitaux et des gens du domaine de l'agriculture. La première étape du projet avait pour but d'atteindre un ratio de 10 % de nourriture biologique dans les hôpitaux, par le biais de transferts d'information et d'une intégration des liens entre gestionnaires hospitaliers, fournisseurs d'aliments biologiques et les diverses institutions ayant déjà procédé à de telles réformes.

Au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS) sert chaque année 300 millions de repas pour un coût approchant 900 M\$. La présence accrue au fil des ans de cuisines en liaison froide et de mets produits en impartition a eu pour effet de multiplier les coûts de transport et d'emballage, tout en donnant de mauvais résultats au chapitre de la satisfaction des patiente-s. À cet égard, des enquêtes ont révélé que la nourriture était qualifiée de « bonne » dans seulement un hôpital britannique sur six, d'où un gaspillage de plus de 30 M\$, en raison de la part de nourriture servie mais non consommée par les patiente-s*.

L'expérience du *Hospital Food Project* offre de solides arguments en appui à une alimentation locale, au lieu de simplement acheter les denrées les moins chères et les moins réglementées. En plus de favoriser des choix plus justes et plus éthiques, on appuie les communautés et producteurs locaux qui dépendent du maintien de l'agriculture. Quelques emplois perdus peuvent signifier de très lourdes pertes pour les petites communautés, et l'inverse est également déterminant pour revigorer les localités rurales et freiner le déclin des régions⁶⁴. Nous avons vu précédemment, avec le refus de collaboration de Compass, comment le secteur public s'avère un meilleur partenaire que l'entreprise privée pour le développement de ce type de projet.

L'expérience britannique valide aussi des postulats importants en matière de santé publique. L'un des objectifs principaux du projet, la réduction des transports inutiles, a pour effet de limiter la pollution de l'air et des routes, en plus de réduire la circulation qui tue ou blesse des milliers de personnes chaque année. En outre, le choix d'aliments locaux et plus frais fournit aux patiente-s des mets plus nutritifs du simple fait qu'ils n'ont pas parcouru de longues distances, certaines vitamines s'étiolant avec le temps. Il faut aussi rappeler que les aliments biologiques contiennent moins de pesticides, d'antibiotiques ou d'autres

* The Audit Commission (Angleterre), *Acute Hospital Portfolio survey of Catering*, Londres, 2003.

additifs aux effets nocifs pour la santé, notamment celle des gens déjà malades.

Aux États-Unis, le marché de la nourriture dans les établissements de santé vaut une douzaine de milliards de dollars⁶⁵. Au cours des dernières années, c'est une tendance vers plus de nourriture fraîche et locale que l'on observe dans ce pays. Même si les nouvelles technologies ne rendent pas indispensable un retour pur et simple au mode de cuisine conventionnelle tel que la liaison chaude, cette priorité à une nourriture plus fraîche implique un recul du nombre de plats rethermalisés ou surgelés. Cette possibilité est beaucoup plus difficile à envisager si les cuisines conventionnelles sont entièrement démantelées.

Le Canada anglais n'est pas en reste de ces avancées. *Growing Up Organic* est un projet qui vise à accroître la quantité d'aliments locaux et biologiques offerts dans les établissements publics canadiens en favorisant les liens directs entre les producteurs agricoles et ces institutions⁶⁶. La première phase du projet vise prioritairement les garderies et les écoles; dans un deuxième temps sera évaluée la possibilité d'élargir l'expérience à des hôpitaux. Trois projets pilotes ont été inaugurés en 2008 au Manitoba, en Ontario et en Colombie-Britannique⁶⁷.

Ces deux exemples illustrent comment l'accès à une nourriture fraîche, locale et biologique devient un impératif pour les administrateurs des services alimentaires hospitaliers. Cette tendance rompt avec celle qui aura caractérisé les 25 dernières années, où le passage à la liaison froide semblait le seul horizon.

LA CROISÉE DES CHEMINS

L'opposition aux partenariats public-privé a atteint un sommet au cours de l'année 2009. À la suite de la dissolution de l'Agence des PPP, les acteurs sociaux – dont les syndicats – qui s'activaient depuis des années à souligner les ratés majeurs de cette formule⁶⁸ avaient de bonnes raisons de penser que le gouvernement du Québec reviendrait sur sa décision de bâtir les deux CHU de Montréal en mode PPP.

De façon similaire, le sort que l'on réservera à la sous-traitance des services alimentaires dans les nouveaux CHU de Montréal pourrait avoir un impact déterminant sur les cuisines de plusieurs établissements de santé appelés à une rénovation ou à une reconfiguration au cours des prochaines années.

Ces changements devront répondre aux besoins de services alimentaires fournissant une nourriture de qualité et satisfaisante pour les patient·e·s, et à des critères hygiéniques et ergonomiques élevés.

Par conséquent, il faudra nécessairement que le gouvernement fasse montre d'une volonté réelle dans le domaine des services alimentaires hospitaliers. Pour ce faire, il faudra d'abord que la nourriture servie dans les établissements de santé soit considérée comme faisant partie intégrante des soins. Sans un tel engagement, les services alimentaires sont susceptibles d'être assimilés à une dépense qu'il faut réduire au maximum.

De même, les aliments servis dans les hôpitaux et les opérations qui leur sont reliées ne doivent pas faire l'objet de privatisations. Non seulement le réseau public ne devrait pas démanteler davantage son réseau d'instruments publics au profit de multinationales controversées œuvrant dans la prestation de services de soutien hospitaliers, mais il devrait travailler de concert avec les employé·e·s actuel·le·s, qui connaissent souvent mieux que personne les besoins de chaque établissement.

Ensuite, le gouvernement du Québec devrait suivre l'exemple de pays cités plus haut qui ont choisi de mettre des ressources à la disposition des institutions publiques, dont les établissements de santé, pour leur faciliter une transition vers une nourriture plus saine, plus fraîche et locale.

Enfin, la recherche et le développement de nouvelles technologies n'est pas l'apanage du secteur privé. Ainsi, un gouvernement qui placerait l'alimentation au cœur des soins prodigués dans ses établissements de santé accompagnerait cette décision d'investissements dans la recherche et le développement. Ces investissements pourraient prendre la forme de soutiens aux départements universitaires de nutrition ou à divers projets innovateurs au sein du réseau de la santé, en prenant appui sur les expériences positives présentement en cours dans le secteur public.

Notes

- 1 Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2009–2010*, chapitre 5.
- 2 Vérificateur-général de l'Ontario, *Rapport annuel 2008*, chapitre 3, section 3.03.
- 3 BRUNEL, Stephan A., *Premiers enseignements du processus de PPP du CHUM (Centre Hospitalier de l'Université de Montréal)*, décembre 2008.
- 4 ARGENT, *Infrastructure Québec semble bien accueillie*, 10 novembre 2009. Consulté en ligne : <http://argent.canoe.ca/lca/affaires/quebec/archives/2009/11/20091110-121635.html>
- 5 MIBEY, R. et WILLIAMS, P., *Food services trends in New South Wales hospitals, 1993–2001.*, Food Serv. Technol. 2, p. 95–103, cités par A. McClelland et P. Williams, *Trend to better nutrition on Australian hospital menus 1986–2001 and the impact of cook-chill food services systems*, The British Dietetic Association, 2003, n°16, p. 245–256.
- 6 Voir la section 3.2.
- 7 BUZALKA, Mike. «Now What?» *Food-management.com*, décembre 2008, p. 32–35.
- 8 Direction générale CHUM centre-ville, *Programme fonctionnel et technique CHUM centre-ville : Services de soutien : Services alimentaires*, mars 2009, p. 4.
- 9 *Idem.*
- 10 Traduction libre. «Would you like that rethermalized? Hospital Food : Health authorities taken aback by outraged response to new meals», *The Province*, 19 décembre 2004.
- 11 Centre universitaire de santé McGill, *Projet de redéploiement du CUSM : Programme fonctionnel et technique*, octobre 2008, p. 427.
- 12 *Idem.*
- 13 PÉLOQUIN, Tristan, «L'Hôpital de Montréal pour enfants défend ses rôties» rethermalisées», *La Presse*, 9 septembre 2004, p. A8.
- 14 OUELLET, Denise, *Revue de la littérature : Impact sur la qualité des aliments des modes de production et de distribution des services alimentaires hospitaliers*, Département de nutrition humaine et de consommation, Université Laval, 1994, p. 36.
- 15 POIRIER, Martin, et Léo-Paul LAUZON, *Rationalisation des services alimentaires dans le réseau hospitalier québécois*, mars 1995.
- 16 *Ibid.*, p. 23–28.
- 17 DUTRISAC, Robert, et Kathleen LÉVESQUE, «CHUM et CUSM : Le Québec fonce avec les PPP», *Le Devoir*, 20 novembre 2009.
- 18 Vérificateur général du Québec, *op. cit.*, p. 5-4.
- 19 LIGHT, Nicholas, et Anne WALKER, *Cook-Chill Catering : Technology and Management*, Londres, Elsevier Science, 1990, 217–222.
- 20 DANIELIS, Lana et Martin LAPOINTE. «Innovative Patient-focused Foodservice Model Implemented at the McGill University Health Center», *Nutrition*, vol. 5, n° 3, hiver 2008, p. 8-11.
- 21 SHOCKEY, G. *Hospital Room Service Delivers Bottom-Line Results*, The Consultant, First Quarter, 2003, p. 87. Consulté en ligne : <http://www.ruckshockey.com/food-hospitality-operations-newsletter/The-ConsultantArticle2003.pdf>
- 22 Consulté en ligne : <http://www.ruckshockey.com/page1010.shtml>
- 23 POIRIER et LAUZON, *op. cit.*, p. 13.
- 24 SCFP Health Care Workers (Local 3967), *Re-thermalized food : A recipe for disaster*, Présentation à la Regina Qu'Appelle Health Region Board, 12 mars 2003. Consulté en ligne : <http://www.cupesaskhcc.ca/ReThermalizedFood2.pdf>
- 25 Entretien téléphonique avec une gestionnaire des services alimentaires de cet établissement.
- 26 Extrait d'un sondage effectué par la firme Léger Marketing, obtenu de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- 27 Service de recherche du SCFP, *Qu'est-ce qui mijote : les services alimentaires partagés dans le domaine de la santé*, mars 1996, p. 8. Consulté en ligne : <http://scfp.ca/soins-de-sante/quest-ce-qui-mijote-les-services>
- 28 Manitoba Provincial Auditor's, *Value-For-Money Audits*, Juin 2000, p. 13.
- 29 «Hospital food gets brand-name transfusions», *Vancouver Sun*, 5 août 2005.
- 30 «Hospital food changes concern dietitians», *Vancouver Island News Group*, 17 novembre 2004.
- 31 «Catered Hospital food, a health hazard?», *Cariboo Press*, 4 avril 2005.
- 32 «Horror stories from a modern 'industrial' hospital kitchen», *Vancouver Sun*, 25 juin 2005.
- 33 «Hospital food changes concern dietitians», *op. cit.*
- 34 *The Vancouver Sun*, 13 août 2005.
- 35 «Time to audit the hospitals», *Times Colonist*, 11 juin 2005.
- 36 *Idem.*
- 37 SCFP – Fiche d'information : *Ready-Prepared Food Systems in Health Care Facilities*, avril 2002. Consulté en ligne : <http://cupe.ca/updir/shared%20food%20services%20-%20fact%20sheet.pdf>
- 38 *Idem.*
- 39 Manitoba Provincial Auditor, *op. cit.*
- 40 SCFP, *op. cit.*
- 41 Conseil de la concurrence (France). *Décision no. 01-D41-du 11 juillet 2001 relative à des pratiques mises en œuvre sur les marchés des titres restaurant et des titres emplois service*. Consulté en ligne : <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/01d41.pdf>
- 42 SALLES, Alain, «Sodexo évite un procès pour discrimination raciale aux États-Unis», *Le Monde*, le 30 avril 2005.
- 43 MacPHAIL, J., Intervention au Parlement. *Debates of the Legislative Assembly*, 3^e session, 37^e Parlement de Colombie-Britannique, 13 mars 2002. Consulté en ligne : <http://www.leg.bc.ca/hansard/37th3rd/h20313p.htm>
- 44 ZUBERI, Daniyal, *Outsourced. Contracting Out Hospital Support Jobs : The Effects of Poverty Wages, Excessive Workload and Job Insecurity on Work and Family Life*. 2009.

- 45 Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité – Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*, 2009.
- 46 OUELLET, Denise et Jean-François MARSELAIS, *Portrait de l'offre alimentaire dans les établissements du Réseau de la Santé et des Services sociaux*, présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, Département des sciences des aliments et nutrition, Université Laval, février 2008.
- 47 BOURGEAULT, Paul, *Les dessous de votre assiette – La bouffe institutionnelle*, Trinome, documentaire, 2009.
- 48 Services des relations du travail CSN, *Session de formation pour les syndicats de la FSSS faisant face à une réorganisation des cuisines*, Montréal, 1999.
- 49 Ordre professionnel des diététistes du Québec, *L'OPDQ craint pour la qualité des services nutritionnels*, Communiqué, 21 février 1996.
- 50 VANNES, Marie-Claire, François R. HERRMANN, Gabriel GOLD, Jean-Pierre MICHEL et René RIZZOLI, « Does the Mini Nutritional Assessment predict hospitalization outcomes in older people? », *Age and Ageing*, vol. 30, 2001, p. 221–226.
- 51 Entretien téléphonique avec une gestionnaire des services alimentaires de cet établissement.
- 52 MOSS, Michael, « For Frozen Entrees, » Heat and Eat « Isn't Enough », *The New York Times*, 15 mai 2009, p. A1
- 53 JOYCE Greg, « BC Union accuse government, health-care companies of conspiracy », *Presse canadienne*, 3 mai 2002.
- 54 STINSON, Jane, Nancy POLLACK et Marcy COHEN, *The Pains of Privatization : How Contracting Out Hurts Health Support Workers, Their Families, and Health Care*, Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), avril 2005. Consulté en ligne : http://www.policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_2005/pains_priv_summary.pdf
- 55 ZUBERI, Daniyal, *Outsourced : Hospital Cleaners and Support Workers in Vancouver*, conférence à l'Université de Washington, novembre 2008. Consulté en ligne : <http://wcp.washington.edu/news/seminars/seminar2008-11-17.shtml>
- 56 ZUBERI, *op. cit.*, p. 19.
- 57 *Idem.*
- 58 Auditor General of Scotland, *A clean bill of health? A review of domestic services in Scottish Hospitals*, Audit Scotland. Consulté en ligne : http://www.audit-scotland.gov.uk/docs/health/2000/nr_000407_domestic_services_hospitals.pdf
- 59 STINSON, *op. cit.*
- 60 PINDERA, Loreen. C. *difficile inquest too narrows as « Quebec strain » goes international*, Canadian Medical Association Journal, 27 mars 2007. Consulté en ligne : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/7/915>
- 61 POIRIER et Lauzon, *op. cit.*
- 62 Canadian Organic Growers, *The Growing Up Organic Project*, janvier 2007, p. 7. Consulté en ligne : <http://www.cog.ca/documents/GUOReportJan2007-withchartmodcovpg.pdf>
- 63 *Ibid.*, p. 7-8.
- 64 Sustainweb, *Good Food on the Public Plate : Pilot Hospital Food Project*, 2009. Consulté en ligne : http://www.sustainweb.org/goodfoodpublicplate/pilot_hospital_food_project/
- 65 Site Internet de la Association for Healthcare Foodservice : <http://www.healthcarefoodservice.org/about.html>
- 66 Canadian Organic Growers, *The Growing Up Organic Project*, janvier 2007. Consulté en ligne : <http://www.cog.ca/documents/GUOReportJan2007-withchartmodcovpg.pdf>
- 67 *Ibid.* Consulté en ligne : <http://www.cog.ca/our-work/growing-up-organic/>
- 68 ROY, Louis, *Renforcer les capacités d'action de l'État : Le paradoxe des PPP*, présentation de la CSN, Séminaire de l'OCDE sur les partenariats public-privé, Zurich, 21–22 février 2008.

Annexe

TABLEAU 5 Sommaire des principaux systèmes de production et de distribution des services alimentaires hospitalier

Modes d'organisation	Technologie utilisée	Aliments achetés	Production	Maintien	Portionnement et montage des plateaux	Maintien*	Finition
Traditionnel (Production sur place)	Liaison chaude	Brut Prêts à l'usage Prêts à servir	Jour du service	Température de service (chaud ou froid) Au moins 2 heures	Température de service (chaud et froid)	Température de service Au moins 2 heures	Assemblage possible
Préparé à l'avance (Production sur place)	Liaison froide (<i>cook-chill</i>)	Brut Prêts à l'usage Prêts à servir	1 à 5 jours d'avance	Réfrigéré 1 à 5 jours	Réfrigéré	Réfrigéré quelques heures	Réchauffer** Assemblage possible
	Liaison surgelée (<i>cook-freeze</i>)	Brut Prêts à l'usage Prêts à servir	Jusqu'à quelques mois d'avance	Surgelé Quelques mois	Surgelé/décongelé	Réfrigéré quelques heures	Réchauffer** Assemblage possible
Commissariat (Production éloignée du service)	Liaison chaude	Brut Prêts à l'usage Prêts à servir	Jour du service	Température de service Au moins 2 heures	Température de service (chaud ou froid)	Température de service Au moins 2 heures	Assemblage possible
	Liaison froide (<i>cook-chill</i>)	Brut Prêts à l'usage Prêts à servir	1 à 5 jours d'avance	Réfrigéré 1 à 5 jours	Réfrigéré	Réfrigéré quelques heures	Réchauffer** Assemblage possible
	Liaison surgelée (<i>cook-freeze</i>)	Brut Prêts à l'usage Prêts à servir	Jusqu'à quelques mois d'avance	Surgelé Quelques mois	Surgelé/décongelé	Réfrigéré quelques heures	Réchauffer** Assemblage possible
Assembler-servir (Pas de production)	Liaison froide (<i>cook-chill</i>)	Prêts à servir	Aucune	Réfrigéré 1 à 5 jours	Réfrigéré	Réfrigéré quelques heures	Réchauffer** Assemblage possible
	Liaison surgelée (<i>cook-freeze</i>)	Prêts à servir	Aucune	Surgelé Quelques mois	Surgelé/décongelé	Réfrigéré quelques heures	Réchauffer** Assemblage possible

* Maintien chaud et froid par plateaux isolés, contenants isolés, ou chariots chaud/froid, maintien réfrigéré par chariots réfrigérés

** Réchauffé au micro-ondes, par conduction ou par convection.

Source : Ouellet (1995).



IRIS

**Institut de recherche
et d'informations
socio-économiques**

L'IRIS, un institut de recherche sans but lucratif, indépendant et progressiste, a été fondé en 2000. L'Institut produit des recherches sur les grands enjeux de l'heure (partenariats public-privé, fiscalité, éducation, santé, environnement, etc.) et diffuse un contre-discours aux perspectives que défendent les élites économiques

Institut de recherche et d'informations socio-économiques
1710, rue Beaudry, bureau 2.0, Montréal (Québec) H2L 3E7
514 789-2409 · www.iris-recherche.qc.ca