

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR DES HOPITAUX

OPTION :

Administration des Finances

Hospitalière

Universitaire et Intendance

FILIERE :

Administration

ANNEE ACADEMIQUE

2006-2007

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA POLITIQUE
D'ALIMENTATION DES MALADES HOSPITALISES A L'HOPITAL
DE ZONE DE COVE**

Réalisé et soutenu par :

Florence I. S. AGBANOU

DJOSSA- ADOUN

Sous la Direction de :

Maître de stage :

Lambert LOKO TONOUDJI
Administrateur des Hôpitaux
Directeur de l'Hôpital
de Zone de Covè

Directeur de mémoire :

Hugues B. M. TCHIBOZO
Economiste de la santé -
Manager sanitaire
Chargé de Cours à l'ENAM/UAC

3^e Promotion

Septembre 2007

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT

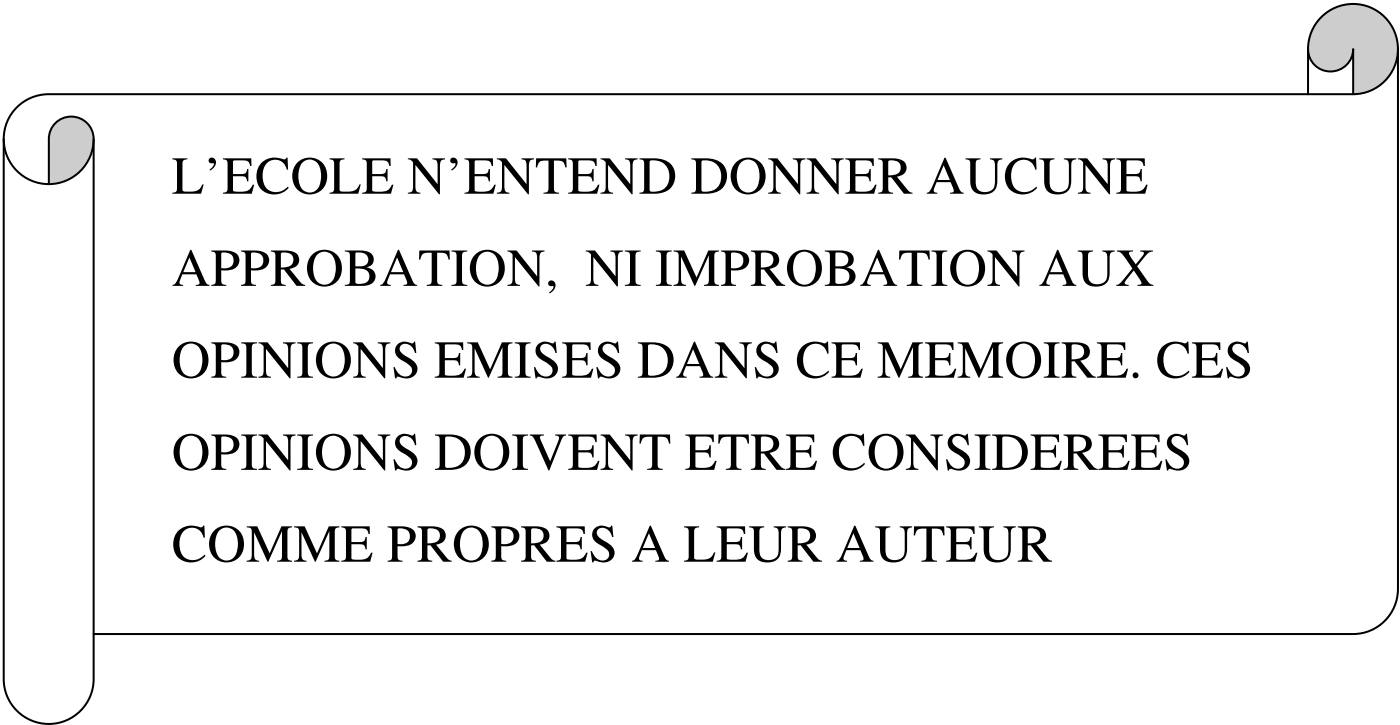
GBENOUDON Léandre

VICE - PRESIDENT

AREMOU Rilwane

MEMBRE

GUEDOU Charles- Juste



L'ECOLE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE. CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR

DEDICACES

❖ **A mon Créateur** qui m'a suivi tout au long de cette formation. Que ton nom soit loué à jamais ;

❖ A mon Feu père **Zéphyrin AGBANOU**;

❖ A ma mère **Elisabeth AGBANOU** née **TOSSOU** pour ton amour indéfectible et pour tout ce que tu fais pour tes enfants. Puisse Dieu te prêter longue vie ;

❖ Aux familles **AGBANOU** et **TOSSOU** pour leur soutien ;

❖ A mes chers frères et sœurs **Blandine, Rachel, Rodrigue** et **Géronime** pour les moments passés ensemble ;

❖ A mon cher époux **DJOSSA- ADOUN Serge** pour ton attachement et ta patience. Daigne le Tout Puissant nous unir davantage ;

❖ A Monsieur **TANGNI Ignace** pour sa disponibilité.

REMERCIEMENTS

🚩 A Monsieur **Hugues B. M.TCHIBOZO** qui a accepté diriger ce travail malgré ses multiples occupations ;

🚩 A tous nos professeurs, qui nous ont suivi tout au long de notre formation;

🚩 A Monsieur et Madame **KANHONNOU Laurent** pour leur soutien moral et financier ;

🚩 A toute la famille **DJOSSA- ADOUN** et en particulier à Monsieur **DJOSSA- ADOUN Clément** ;

🚩 A Monsieur **Marcel DOMAH** pour sa disponibilité ;

🚩 A Monsieur **Lambert LOKO TONOU DJI**, Directeur de l'Hôpital de Zone de Covè ainsi qu'à tout le personnel dudit hôpital;

🚩 A messieurs **AISSOUN Claude** et **OLOU Mathias** veuillez accepter l'expression de ma vive gratitude ;

🚩 A tous les camarades de la promotion ;

🚩 A tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

HZC	: Hôpital de Zone de Covè
CS	: Centre de Santé
CoZO	: Covè Zangnanado Ouinhi
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CODIR	: Comité de Direction
CMC	: Commission Médicale Consultative
CHS	: Commission d'Hygiène et de Sécurité
COGES	: Conseil de Gestion
SP	: Secrétariat Particulier
SAF	: Service Affaire Financière
SAAE	: Service Affaire Administrative et Economique
CDT	: Centre de Dépistage et de traitement de la Tuberculose
CMD	: Caisse de Menues Dépenses
AMCES	: Association Médicales et Confessionnelles des œuvres Sociales
CNANES	: Centre National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CENOU	: Centre National des Oeuvres Universitaires
UAC	: Université d'Abomey Calavi
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
AHUI	: Administration Hospitalière Universitaire et Intendance
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Répartition des problèmes spécifiques par centre d'intérêt.

Tableau n° 2 : Tableau de bord de l'étude.

Tableau n° 3: Tableau synoptique des problèmes spécifiques, des approches de solutions et des conditions de mise en œuvre.

Tableau n° 4 : Tableau synthétique de l'étude.

GLOSSAIRE

Acheminement des mets :

C'est le transport des mets du lieu de préparation (cuisine) vers les unités de soins ou secteurs

Caisse de menues dépenses :

Caisse créée pour faciliter l'exécution des petites dépenses.

Dépensier:

Agent chargé d'assurer les petits achats, de certifier les factures des dépenses et de les transmettre au secrétariat du Directeur.

Grammage des denrées :

Il s'agit de la quantité de denrées nécessaires pour le repas d'un individu.

Hygiène alimentaire :

L'ensemble des moyens qui permettent de diminuer le nombre de micro-organismes au niveau des objets inanimés et de leur environnement, pour maintenir leur niveau de contamination compatible avec les normes standard.

Produits d'origine animale :

Ce sont les produits tels que la viande, le poisson, les crustacés.

RESUME

La problématique de la mise en œuvre d'une démarche qualité dans la politique d'alimentation des malades nous a amené à axer notre étude sur le sujet libellé comme suit : « Contribution à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades à l'Hôpital de Zone de Covè »

A ce titre, l'objectif général que nous nous sommes fixé est de "contribuer à une amélioration de la qualité des mets servis aux patients hospitalisés". De cet objectif général, découlent des objectifs spécifiques. Il s'agit de :

- définir les conditions de la mise en fonction du comité de menus ;
- suggérer les moyens d'une amélioration des conditions de préparation des mets;
- proposer les moyens pour garantir un environnement sain notamment débarrassé des risques d'infections alimentaires.

Pour parvenir à la résolution des dysfonctionnements observés au niveau de la cuisine, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- l'absence de motivation du comité de menus d'une part et le manque de volonté de l'autorité responsable d'autre part, expliquent le défaut de contrôles ;
- les conditions inadéquates de préparation des mets sont dues à l'insuffisance des moyens financiers ;
- l'inexistence des normes d'hygiène en matière de restauration est à la base du manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets.

Les entretiens avec les autorités et les questionnaires administrés au personnel de la cuisine ont confirmé nos hypothèses. Pour pallier les dysfonctionnements relevés, nous avons proposé comme solutions, entres autres, de :

- recycler les membres du comité des menus ;
 - rendre fonctionnel ce comité qui supervise le processus de confection des mets ;
 - renforcer les infrastructures en place ;
 - améliorer les conditions de travail du personnel de la cuisine ;
-

➤ entretenir régulièrement les lieux de travail et organiser des visites médicales périodiques au personnel de la cuisine.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE PREMIER : DE LA RESTITUTION DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Section 1 : Observations de stage et ciblage de la problématique

Paragraphe 1 : Observations de stage

Paragraphe 2 : Ciblage de la problématique

Section 2 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature

Paragraphe 2 : Méthodologie adoptée

CHAPITRE DEUXIEME : DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX APPROCHES DE SOLUTIONS

Section 1 : Organisation des enquêtes- Etablissement du diagnostic

Paragraphe 1 : Collecte et présentation des données

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du
diagnostic

Section 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre

Paragraphe 1 : Approches de solutions

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions et
recommandations

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE

Etablissement public de santé, l'Hôpital de Zone de Covè a pour missions, entre autres, de traiter les malades admis en son enceinte. Pour cela, les prestations doivent être fournies avec toute l'attention requise afin de garantir aux patients un état de bien être. L'état de santé du patient est la préoccupation première à laquelle doivent s'attacher les responsables à différents niveaux de l'établissement. En effet, le droit à la santé est reconnu par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et la Constitution Béninoise du 11 décembre 1990. Lorsqu'à l'admission, l'état de santé du patient nécessite une hospitalisation, les acteurs de l'hôpital doivent lui offrir un environnement médical et hôtelier de bonne qualité.

Pour atteindre l'objectif : «Assurer les meilleures conditions d'hygiène en matière de restauration », la distribution de vivres aux malades a été supprimée. Cependant, de nombreux dysfonctionnements peuvent être observés tant au niveau de l'approvisionnement en denrées alimentaires qu'à celui de la préparation des mets distribués aux malades.

Face à cette situation, une analyse minutieuse du processus d'alimentation des patients hospitalisés dans cet hôpital s'avère indispensable. C'est pourquoi nous nous sommes attelée à orienter nos investigations dans le sens d'une «**Contribution à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades hospitalisés à l'Hôpital de Zone de Covè**».

Ces investigations nous permettront de découvrir les problèmes posés par cette politique.

Dans un premier chapitre, nous restituerons les observations faites au cours de notre stage à l'Hôpital de Zone de Covè ; ensuite nous en dégagerons la problématique puis nous présenterons le cadre théorique ainsi que la méthode de l'étude.

Dans notre second chapitre, nous aborderons l'organisation des enquêtes menées sur le terrain, afficherons ensuite nos approches de solutions puis déboucherons sur les conditions de leur mise en œuvre.

CHAPITRE PREMIER :

DE LA RESTITUTION DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA METHODOLOGIE.

SECTION 1: OBSERVATIONS DE STAGE ET **CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE**

Comme l'indique son titre, cette section regroupe deux (02) paragraphes: Les observations de stage (Paragraphe I) et le ciblage de la problématique (ParagrpheII).

Paragraphe 1: Observations de stage

Les observations de stage se feront à travers la présentation de l'historique et l'organisation générale de l'Hôpital de Zone de Covè (HZC) d'une part et le fonctionnement de la section cuisine d'autre part.

A- Présentation et organisation générale de L'Hôpital de Zone de Covè (HZC)

- **Historique**

Sur le plan géographique, l'Hôpital de Zone de Covè est situé au sud- est du département du Zou au bord de la voie inter-état tronçon Abomey- Bohicon- Kétou- Illara (ABOKI). Il est limité au nord par la commune de Dassa-Zoumè, au nord- ouest par la commune de Za-kpota. Au sud-ouest par la commune de Zogbodomey et à l'est par la commune de Zangnanado.

Le site abritant cet hôpital était connu sous le nom de Centre de Santé (CS) de Sous-Préfecture. La Zone Sanitaire Covè- Zangnanado- Ouinhi (CoZO) a aujourd'hui une superficie de 1300 km². Sa population cible, celle des communes de Covè (Lanta, Naogon) ; Zangnanado (Don Tan, Agonli Houégbo, Dovi-Dovè, Banamè, Kpédékpo et Ouinhi (Sagon, Dasso) est estimée à 109.517 habitants. La commune de Covè couvre 418km² pour une population de 34.442 habitants. Le Centre de Santé de Covè, créé et mis en service vers les années 1933, ne disposait que d'un dispensaire et d'un service de maternité.

A l'arrivée des partenaires allemands, le plateau technique du centre s'est considérablement amélioré avec la création de nouveaux services techniques que sont: la médecine, le laboratoire, le bloc opératoire, la réanimation, le service des soins infantiles et maternel et la pharmacie.

Après soixante neuf ans environ d'existence, le Centre de Santé de Covè (CSC) devient Hôpital de Zone de Covè (HZC) par le décret 2002-0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des Hôpitaux de Zone.

L'Hôpital de Zone de Covè est un établissement public à caractère social, doté de la personnalité morale et jouissant de l'autonomie de gestion. Il représente en matière de soins pour la zone sanitaire CoZO l'unité hospitalière de première référence des cas graves et compliqués dépassant les compétences des formations sanitaires périphériques. Il offre des soins préventifs, curatifs et promotionnels au service de la population.

- **Organisation générale**

Placé sous la tutelle du Ministre de la Santé, l'HZC entretient des relations avec le Centre Hospitalier Départemental (CHD) du Zou et des Collines qui est un espace universitaire dans le cadre des activités de santé. La gestion de l'HZC est assurée par des organes consultatifs et des organes de décision.

- **Organes consultatifs**

Ils assistent la direction dans sa gestion quotidienne. Il s'agit :

- ✓ **du Comité de Direction (CODIR)**

C'est un organe consultatif obligatoire. Il est consulté sur toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, à l'élaboration du budget, à la politique générale de l'HZC, aux statuts du personnel, à l'hygiène, à la sécurité, à la salubrité des services. Il donne son avis sur toutes les affaires que le Directeur de l'HZC lui soumet. Il est composé du Directeur qui est le président, des Chefs des services médicaux et techniques, du Chef Service des Affaires Administratives et Economiques, le Chef du Service des Affaires Financières, de l'Infirmier Général et de deux (02) représentants élus du personnel.

✓ **de la Commission Médicale Consultative
(CMC)**

Elle est consultée sur les principales affaires concernant la gestion de l'HZC dans les domaines relatifs aux activités de santé, à l'organisation et le fonctionnement des services médicaux techniques. La CMC est également un organe technique de contrôle de gestion en matière d'hygiène et de sécurité.

Pour l'hygiène: l'hygiène des espaces verts et des individus, la salubrité;

Pour la sécurité: la sécurité des personnes et des biens, celle du patrimoine du centre, les risques d'incendie ou d'inondation, et d'accident de travail. Les avis et observations présentés par la CMC sont consignés dans un compte rendu signé du Président et remis au Directeur pour exploitation.

Elle est composée de tous les médecins, chirurgiens, pharmaciens exerçant dans l'hôpital et du responsable du service social.

✓ **de la Commission de l'Hygiène et de Sécurité
(CHS)**

Cette commission s'occupe des questions relatives à l'hygiène, à la gestion des déchets produits en milieu hospitalier, à la salubrité et la sécurité, aux régimes alimentaires des malades, ainsi qu'à toutes actions visant à améliorer les conditions de travail au sein de l'HZC.

➤ **Organes de décisions**

Comme organes de décision, nous avons le Conseil de Gestion (COGES) et la Direction.

✓ **Le Conseil de Gestion (COGES)**

Organe de délibération, le COGES est investi des pouvoirs étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'HZC. Il fait ou autorise tous actes et opérations relatifs à son objet dans les limites de ses compétences. Il se réunit en session ordinaire deux fois par an pour étudier et approuver soit le budget de l'exercice à venir, soit les états

financiers et le rapport d'activités de l'exercice écoulé et rend compte des travaux à l'autorité de tutelle. Il est composé de quatorze (14) membres.

✓ **La Direction de l'Hôpital de Zone de Covè**

Elle est dirigée par le Directeur de l'HZC qui assure l'exécution des décisions prises par le COGES à qui il rend compte. Il est l'ordonnateur du budget de l'établissement et veille à son exécution tant en dépenses qu'en recettes, assiste aux délibérations du COGES, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.

Pour accomplir ses tâches, l'HZC dispose des services médicaux et les services médico-techniques et des services administratifs et dont l'ensemble est coordonné par la direction.

1- Les services médicaux et les services médico-techniques

Les services médicaux

Les services médicaux ont une capacité de 96 lits répartis comme suit:

Le service de Maternité: 32 lits dont 29 lits dans les salles d'hospitalisation et 03 lits pour la salle de dilatation;

Le service de Chirurgie: 30 lits dont 21 lits en hospitalisation et 09 lits en Réanimation;

Le service de Médecine/Pédiatrie: 34 lits dont 27 lits pour les malades de la médecine pédiatrie et 07 pour la salle des Tuberculeux. Il est prévu un service de néonatalogie qui n'est pas encore fonctionnel faute de disponibilité du personnel et du matériel.

Les services médico- techniques

Il s'agit :

- du Laboratoire;
- de l'Imagerie Médicale dont l'échographe seul est fonctionnel.

2- Les services administratifs

Le bloc administratif se compose d'une direction, d'un Secrétariat Particulier (SP), d'un Service des Affaires Financières (SAF) et d'un Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE).

✓ **Le Secrétariat de la Direction (SD)**

Il a pour mission d'assurer la mémoire du centre par l'assistance à la direction. Il est chargé d'accueillir les usagers du centre en vue de leur fournir des renseignements ou de les orienter.

Il assure aussi:

- l'enregistrement du courrier arrivée/ départ;
- la saisie et la photocopie des documents administratifs;
- le classement des documents;
- le standard.

✓ **Le Service des Affaires Financières (SAF)**

Il s'occupe:

- de l'élaboration du budget;
- du paiement des dépenses;
- du recouvrement des recettes;
- des opérations de banque;
- de la comptabilité générale et analytique de l'HZC;
- de l'élaboration du bilan et du rapport financier.

✓ **Le Service des Affaires Administratives et
Economiques (SAAE)**

Il s'occupe de:

- la gestion administrative;
- la tenue de la comptabilité matière;
- la régie d'avance;
- la maintenance et de l'entretien;
- l'élaboration des rapports d'activités (rapports d'activités de tout l'hôpital).

Mais notons au passage qu'il n'y a pas de division économat. Cette fonction est assurée par le C/SAAE lui-même.

Pour assurer le fonctionnement harmonieux de l'HZC, la direction a mis en place au niveau du SAAE une organisation qui laisse entrevoir une gestion administrative et du personnel. Cette organisation s'occupe de la gestion des ressources humaines de l'ensemble de l'HZC et une gestion

des malades et statistiques. La couverture en personnel, estimée à 88 agents, est composée des Agents Permanents de l'Etat, des Agents contractuels de l'Etat, des Agents sur Fonds Mesures Sociales et les Agents sur Financement Communautaire se présente comme suit::

➤ **Personnel technique** tels que les Infirmiers Diplômés (13) et Sages-Femmes d'Etat (16), les Infirmiers de Santé (06), les Aides- Soignants (15), un (01) Ophthalmologue, un (01) Agent d'Hygiène, un (01) Médecin généraliste, un (01) Médecin gynécologue, les Agents d'Entretien et de Service (09), les Techniciens Supérieur de Laboratoire (02), les Techniciens de Laboratoire (03)

➤ **Personnel administratif** constitué d'un (01) Administrateur, d'un (01) Attaché des Services Administratifs, de Contrôleurs des Services Financiers (02), des agents de recouvrement de recettes (03), de Secrétaires Adjoints des Services Administratifs (02), d'une (01) Opératrice de Saisie, un (01) Contrôleur d'Action Sociale, des Conducteur de Véhicule Administratifs (06) et des Préposés des Services Administratifs (03).

En plus de ces activités, le SAAE s'occupe également de la gestion de la pharmacie et des services auxiliaires (la buanderie, la lingerie et la cuisine).

Dans la mise en place de ses activités, chaque centre hospitalier a ses spécificités et des actions prioritaires (soins, enseignement, prévention et recherche). Mais pour accomplir sa mission, il lui arrive souvent de procéder à l'hospitalisation des patients et de s'occuper par conséquent de leur hébergement et leur restauration.

Sans nous appesantir sur l'hébergement, nous allons aborder la restauration assurée par la section cuisine.

B- Fonctionnement de la section cuisine

• Organisation de la politique d'alimentation des malades

Classée parmi les sections auxiliaires du Service Economique, la cuisine de l'HZC est organisée comme suit:

➤ Le dépendier (le C/SAAE), responsable chargé de l'approvisionnement des petites denrées de la cuisine. Il peut déléguer la fonction d'approvisionnement au cuisinier responsable.

➤ Les cuisiniers, au nombre de (03), s'occupent de la cuisson et de la distribution des mets. Ils sont aidés par les agents d'entretien qui assurent les travaux de nettoyage et d'entretien de la cuisine.

Malgré cette organisation, on constate que le fonctionnement de la cuisine de l'HZC n'est régit par aucun texte (décret, note de service, arrêté...) règlementaire.

L'alimentation des malades reposait essentiellement sur la distribution des denrées alimentaires telles que les céréales, les boîtes de conserves et les bidons d'huile. La nécessité de rendre la section cuisine fonctionnelle est née en janvier 2006 suite au constat selon lequel la distribution des denrées n'était pas bénéfique aux malades.

L'objectif des dirigeants de l'HZC est d'assurer une meilleure prise en charge des malades hospitalisés en matière de restauration et surtout dans le souci d'offrir aux malades les meilleures conditions d'hygiène.

En Janvier 2006 le budget de l'HZC était déjà élaboré, donc il a fallu la mise en place d'un budget additionnel de trois millions cinq cent mille (3.500.000) FCFA pour compléter la dotation de l'Etat en ce qui concerne les crédits délégués dont le montant s'élève à sept millions (7.000.000) de francs CFA, soit un montant total de dix millions cinq cent mille (10.500.000) CFA pour l'alimentation des malades au titre de l'année 2006.

En 2007, la part du financement communautaire dans l'alimentation a connu une augmentation soit cinq millions (5.000.000) de francs CFA et une diminution d'un million (1.000.000) en ce qui concerne la ligne prévue pour l'alimentation des malades de l'HZC au titre des crédits délégués.

• Procédure de la restauration.

L'ensemble des repas est préparé chaque jour sur place par le personnel de la cuisine. L'Hôpital de Zone de Covè dispose d'une

cuisine traditionnelle. L'équipe de la cuisine est composée de trois (03) cuisiniers dont un (01) responsable de cuisine.

Le processus comprend deux (02) phases: la phase administrative et la phase technique.

➤ **La phase administrative**

Cette phase relève des agents du service économique. Il s'agit de l'approvisionnement et le stockage des denrées alimentaires.

L'approvisionnement, matérialisé par l'acquisition des denrées nécessaires à l'alimentation des malades, est fait suivant la procédure normale d'exécution des dépenses publiques. Il s'agit: de l'engagement, de la liquidation et de l'ordonnancement.

✓ **L'engagement**

Il consiste à établir les bons de commande et à les soumettre à la signature de l'ordonnateur du budget. A cette étape, on vérifie aussi si le crédit existant est suffisant pour le paiement de la dépense.

✓ **La liquidation**

Elle consiste à apposer le cachet de liquidation au verso de la facture du fournisseur après certification de celle-ci par le réceptionnaire des produits livrés. Ce cachet indique le budget, l'exercice comptable et le numéro de compte concerné par la dépense. Autrement dit, elle consiste à évaluer la dépense. La vérification porte sur la réalité de la dépense en lettres.

✓ **Le mandatement**

C'est l'opération par laquelle le Directeur ordonne le paiement de la dépense. Elle consiste donc à remplir l'imprimé et y joindre les pièces justificatives (bon de commande, bordereau de livraison, procès verbal de réception et les factures).

L'HZC bénéficie des subventions sous la forme des crédits délégués. Une ligne «Alimentation des malades» est destinée à la prise en charge alimentaire des malades. La gestion de l'approvisionnement

sur crédits délégués est faite par le bureau de coordination de la zone sanitaire Covè- Zangnannado-Ouinhi (CoZO).

D'une manière générale les besoins exprimés par l'HZC sont transmis au bureau de coordination de la zone sanitaire CoZO. L'approvisionnement réalisé par trimestre concerne essentiellement les denrées stockables telles que les pâtes alimentaires, le riz, les céréales, l'huile, le poisson et la viande. L'approvisionnement fait ne répond souvent pas à tous les besoins exprimés. On note à ce niveau **une inadéquation entre les besoins exprimés et les dotations reçues.**

Au titre des années 2004, 2005 et 2006, le montant des crédits délégués est resté statique bien qu'on note un accroissement continu des besoins de l'HZC. D'une valeur de neuf millions (9.000.000) de FCFA ce fonds est entièrement financé par le Budget National. Il est réparti en deux (02) dont sept millions (7.000.000) pour l'HZC et deux millions (2.000.000) francs CFA pour le Centre de Dépistage et de traitement de la Tuberculose (CDT) de Covè. Ce montant s'épuise la plupart du temps avant la fin de l'exercice. On assiste à **une insuffisance des subventions accordées par l'Etat pour le compte de l'alimentation des malades hospitalisés.**

Face à cette insuffisance, l'HZC participe au financement de l'alimentation des malades depuis 2006 sur fonds propres pour pallier au problème de rupture de stock des denrées alimentaires.

En 2007, l'HZC a prévu dans son budget au titre de l'alimentation des malades un montant de cinq millions (5.000.000) de FCFA contre six millions (6.000.000) FCFA sur crédits délégués accordés. **On note une contribution de l'HZC dans le financement de l'alimentation des malades.**

Pour assurer les petites dépenses, une régie est tenue. Il s'agit de la Caisse de Menues Dépenses (CMD). La gestion de cette caisse est confiée au Chef Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE). Les opérations de décaissement sont enregistrées dans le livre journal. Ce dernier est arrêté et visé à la fin

de chaque mois conjointement par le régisseur (C/SAAE), le C/SAF et le Directeur. En effet, le régisseur dispose d'une somme de deux cent cinquante mille (250.000) F CFA et n'est autorisé qu'à faire des dépenses dont le montant est inférieur ou égal à vingt cinq mille (25.000) FCFA. On note un **bon suivi dans la gestion de la caisse de menues dépenses.**

Après réception des denrées, le magasinier procède au stockage. Le magasin sert de lieu stockage à toutes les denrées qui entrent dans la préparation des mets exceptés les produits d'origine animale tels que le poisson et la viande. Les sacs de céréales, les bidons d'huile et les boîtes de conserve sont entreposés à même le sol. A peine aéré, ce magasin bénéficie d'un coup de balaie quotidien. **On remarque un manque d'hygiène dans le stockage des denrées alimentaires.**

Les sorties des denrées sont faites en fonction de l'effectif des malades à nourrir. Cet effectif est identifié grâce à de petites cartes que les cuisiniers distribuent aux malades présents environ 1 heure ou 2 heures avant la préparation des mets. On note que la cuisine ne dispose pas d'un moyen d'évaluation de la quantité de denrées nécessaires correspondant à cet effectif. Ceci explique les ruptures ou les excédents qu'on enregistre souvent au niveau du repas préparés. On remarque à ce niveau **l'absence d'un système de grammage des denrées.**

Les produits nécessaires à l'alimentation des malades suivent un circuit avant leur destination à la cuisine. En effet, la section cuisine dispose à son niveau d'un cahier de bon dans lequel les cuisiniers expriment leurs besoins. Un bon, établi en trois (03) exemplaires est transmis au C/SAAE qui signe et donne instruction au magasinier de servir selon les stocks disponibles. La copie originale du bon est transmise ensuite au magasinier chargé de servir pour enregistrement, le 2^e exemplaire est rangé dans les archives de la cuisine et le 3^e est conservé dans le cahier de bon. Les sorties

effectuées sont à peine constatées sur les fiches de stocks conçues à cette fin. Par ailleurs, c'est le magasinier qui est en charge du remplissage de ces fiches de stocks. Ces fiches sont souvent mal remplies ou parfois ne sont du tout pas remplies compte tenu de l'importance des tâches qui lui sont confiées. On constate **une défaillance dans la tenue des fiches de stocks.**

Le magasinier est un contrôleur d'action sociale. Il est principalement chargé de la gestion des dossiers des indigents de l'hôpital. C'est pour pallier au problème de manque de personnel qu'il assure également les tâches de magasinier. On note alors **un cumul des tâches au niveau du magasinier.**

Nous avons constaté aussi que les opérations effectuées au niveau du magasin de vivres se font manuellement. La conservation des données relatives au mouvement des stocks est seulement physique. Aucune donnée n'est sauvegardée sur un support informatique et ceci parce qu'aucun outil informatique n'est mis à la disposition du magasinier. On note donc une gestion **non informatisée des données enregistrées sur les fiches de stocks.**

Lors de notre passage à la section cuisine nous avons constaté que pour certains produits tels que la viande, le poisson, l'HZC reçoit souvent pour le compte de crédits délégués une dotation semestrielle. L'HZC dispose à cet effet de deux congélateurs dont un grand où est stocké le poisson et le second est destiné à la conservation de la viande. Celui servant au stockage de la viande est dans un état peu fonctionnel, exposant la viande à la putréfaction. A ce niveau, on remarque que **les moyens de stockage des produits d'origine animale sont peu adéquats.**

L'étape suivante est celle de la mise en place des intrants en vue de leur traitement au niveau de la cuisine. Il s'agit de la phase technique culinaire qui regroupe les phases de préparation proprement dite et de la distribution des repas.

Pour la préparation des mets, l'HZC dispose de 03 cuisiniers qui ont subi une formation dans le domaine de hôtellerie. Le personnel de cuisine, exclusivement masculin, bien que réduit est bien qualifié. On note alors **l'existence de ressources humaines qualifiées.**

Sur le plan géographique, le bâtiment servant de cuisine est logé dans l'enceinte de l'hôpital non loin de la maternité.

Au plan infrastructurel, le local abritant la cuisine est un compartiment autrefois destiné aux gardes-malades. Dans ce local, vétuste de 160m² servant de cuisine, se trouvent entreposés trois (03) congélateurs réduisant sérieusement l'espace disponible pour la cuisine. Cette situation oblige les cuisiniers à installer les foyers sous un hangar tenant lieu de cuisine. On constate que **le local servant de cuisine est inadéquat.**

L'entretien de l'espace de la cuisine est confié à deux agents d'entretien. Mais ceux-ci n'arrivent souvent pas à faire le nettoyage avant le démarrage des activités de la cuisine. Il se fait soit en pleine ou en fin d'activité.

Du point de vue hygiène corporelle, beaucoup reste à faire. En effet, les agents de la cuisine restent dans la même tenue de travail aussi bien pour la préparation que pour la distribution des repas. Quand on sait que lors de la préparation les agents vont nécessairement transpirer, cette situation peut incommoder les malades. Par ailleurs, le point d'eau installé n'est pas souvent fonctionnel. Par conséquent le lavage des mains n'est pas fréquent pendant la préparation des mets. Il faut noter que l'HZC dispose de deux (02) robinets dont celui situé à proximité des salles d'hospitalisation et de la cuisine est souvent utilisé à la fois par les cuisiniers et patients hospitalisés, le second étant trop distant des salles d'hospitalisations. Enfin les déchets produits par la cuisine ne sont quasiment pas évacués au fur et à mesure de leur production

On note **un manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets.**

La cuisine dispose de foyers améliorés. Pour la cuisson, les cuisiniers utilisent les bois de chauffe qui dégagent beaucoup la fumée fait larmoyer les yeux et qui rend la tâche très difficile. La forte chaleur dégagée fait transpirer abondamment les agents dont certains sont réticents à s'approcher des foyers. On remarque que **les conditions de préparation des mets sont inadéquates.**

Généralement, les intrants, à l'exception des boîtes de conserve sur lesquelles sont inscrites les dates de péremption, sont directement traités. Ils ne sont donc, soumis à aucun contrôle préalable. Les mets, après la préparation sont directement servis aux patients sans qu'aucune autorité ne procède à la dégustation pour juger de leur caractère consommable. On peut conclure, sans risque de se tromper, **la non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants ainsi que des mets préparés.**

Au plan matériel, lors de la distribution, les repas sont transportés dans un seau et une bassine en plastique surmonté d'un couvercle de fortune. Les repas ne sont plus souvent servis chauds. On remarque que **le repas est conservé dans un matériel inapproprié.**

Le repas préparé est transporté jusque devant le pavillon des salles d'hospitalisation pour être servi. Les malades ou gardes-malades vont donc le chercher dans leurs bols personnels. Le transport interne des aliments dans l'HZC est effectué à l'aide d'un seul chariot, vétuste et mal entretenu, qui sert en même temps à acheminer les mets de la cuisine vers les salles d'hospitalisations. Certains malades attendent longtemps avant d'être servis. On note à ce niveau **une insuffisance des moyens pour l'acheminement des mets préparés.**

Les malades dont l'effectif varie de 50 à 80, sont servis deux fois par jour. Les cuisiniers au nombre de trois (03) sont astreints à

un système de permanence assorti de repos compensateur. Ces agents ne bénéficient pratiquement jamais de repos car ils sont parfois obligés de prêter main forte à leurs collègues pour qu'ils ne soient pas débordés. Malgré cette bonne volonté, les cuisiniers sont parfois obligés de solliciter l'aide des gardes-malades pour exécuter certaines tâches telles que l'assaisonnement des poissons et la vaisselle. Malgré leur qualification, l'effectif réduit des cuisiniers les contraint à faire recours à une main d'œuvre non qualifiée. Ceci nous amène à constater à ce niveau **une insuffisance du personnel à la cuisine.**

Nonobstant les conditions de travail, le peu de temps passé à la cuisine nous a permis de nous imprégner des réalités de cette section. L'existence d'une dynamique de groupe renforce l'ambiance conviviale dans laquelle se déroule le travail dans ladite section. On note alors **l'existence d'une bonne ambiance de travail.**

L'HZC, pour la préparation des mets, fait le planning des menus hebdomadaires. Mais il arrive souvent que ce planning ne soit pas respecté. Les malades sont alors obligés de se contenter du menu disponible. Il s'agit souvent des plats standards tels que la pâte de maïs ou le riz à la sauce de tomate avec viande ou poisson.

Autrement dit, le planning (voir tableau en annexe) n'est souvent pas respecté surtout lorsque la cuisine connaît des ruptures en denrées alimentaires. On remarque **une difficulté dans la mise en œuvre du planning établi.**

Nous avons également remarqué que certains gardes-malades préfèrent amener de la maison des repas à leurs malades, d'autres par contre préfèrent acheter au dehors ou, quand ils en ont les moyens, préparer au sein de l'Hôpital. Les malades qui n'ont pas les moyens, sont souvent obligés de consommer le repas servi par les cuisiniers. La finalité des mets ("sauce sans goût, trop épicée, trop fluide ou parfois c'est la pâte ou le piron qui présente des grumeaux") fait souvent l'objet de critiques acerbes de la part des malades. On

note **une insuffisance des ingrédients nécessaires à l'assaisonnement des mets.**

Paragraphe 2 : Ciblage de la problématique

Nous présenterons dans ce paragraphe l'inventaire des éléments de l'observation de stage et la problématique.

A- Inventaire des éléments de l'observation et la problématique de l'étude

- **Inventaire des atouts et des problèmes.**

- **Les atouts**

Comme atouts, nous avons :

- ✓ Contribution de l'Hôpital de Zone de Covè dans le financement de l'alimentation des malades;
- ✓ Bon suivi dans la gestion de la caisse de menues dépenses ;
- ✓ Existence de certaines ressources humaines qualifiées (personnel de la cuisine);
- ✓ Existence d'une bonne ambiance de travail.

- **Les faiblesses**

Les différentes faiblesses relevées se présentent comme suit :

- ✓ Inadéquation entre les besoins exprimés et les dotations reçues;
- ✓ Insuffisance des subventions accordées par l'Etat pour le compte de l'alimentation des malades hospitalisés;
- ✓ Manque d'hygiène dans le stockage des denrées alimentaires;
- ✓ Absence d'un système de grammage des denrées;
- ✓ Défaillance dans la tenue des fiches de stocks;
- ✓ Cumul des tâches au niveau du magasinier;
- ✓ Gestion non informatisée des données enregistrées sur les fiches de stocks;
- ✓ Moyens de stockage des produits d'origine animale peu adéquats;
- ✓ Local servant de cuisine inadéquat;

- ✓ Manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets;
- ✓ Conditions de préparation des mets inadéquates ;
- ✓ Non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants ainsi que les mets préparés;
- ✓ Repas conservé dans un matériel inapproprié;
- ✓ Insuffisance des moyens pour l'acheminement des mets préparés;
- ✓ Insuffisance du personnel à la cuisine;
- ✓ Difficulté dans la mise en œuvre du planning établi;
- ✓ Insuffisance des ingrédients nécessaires à l'assaisonnement des mets.

B- Problématique de l'étude

Tous les problèmes énumérés ci-dessus sont regroupés en trois différentes problématiques comme l'indique le tableau suivant:

* Regroupement des problématiques possibles.

Tableau n° 1: Répartition des problèmes spécifiques par centre d'intérêt

N°	Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	La qualité des mets	1- Non fonctionnalité du comité de contrôle des intrants ainsi que des mets préparés. 2- Conditions inadéquates de préparation des mets; 3- Manque d'hygiène dans le processus de préparation des repas; 4- Insuffisance des ingrédients nécessaires à l'assaisonnement des mets ; 5- Difficulté dans la mise en œuvre du planning établi.	Insuffisance dans la qualité des mets servis.	Problématique de l'amélioration de la qualité des mets servis.
2	Gestion des approvisionnements	1-Inadéquation entre les besoins exprimés et les dotations reçues; 2- Défaillance dans la tenue des fiches de stocks; 3- Manque d'hygiène dans le stockage des denrées alimentaires; 4- Absence d'un système de grammage des denrées; 5- Cumul des tâches au niveau du magasinier; 6- Gestion non informatisée des données enregistrées sur les fiches de stocks.	Gestion non performante des approvisionnements	Problématique d'une gestion efficace de l'approvisionnement
3	Ressources utilisées par la cuisine	1- Insuffisance des subventions accordées par l'Etat; 2- Insuffisance du personnel de la cuisine; 3-Local servant de cuisine inadéquat; 4-Repas conservé dans un matériel inapproprié; 5- Insuffisance des moyens pour l'acheminement des mets préparés; 6- Moyens de stockage des produits d'origine animale peu adéquats.	Insuffisance des ressources	Problématique du renforcement des ressources.

Source : Réalisé par l'étudiante.

• **Choix de la problématique et formulation du sujet**

L'analyse des différents problèmes spécifiques identifiés au cours de la restitution des résultats de nos observations sur le mécanisme de fonctionnement de la cuisine de l'Hôpital de Zone de Covè (HZC) fait ressortir trois problématiques:

- la problématique de l'amélioration de la qualité des mets servis;
- la problématique d'une gestion performante des approvisionnements;
- la problématique du renforcement des ressources utilisées par la cuisine.

La résolution de ces différentes problématiques permettra à l'HZC d'améliorer la politique d'alimentation des malades. Cependant le choix de notre problématique sera orienté par souci de mettre en application les connaissances acquises au cours de notre cycle universitaire en Droit de la Santé, en Comptabilité Matières et en Finances Hospitalières. Pour cela, notre problématique est libellée comme suit: "Problématique de l'amélioration de la qualité des mets servis aux malades". Cette problématique nous semble présenter plus d'intérêt parce que la résolution de ce problème permettra à l'HZC de parfaire la qualité des mets servis aux patients. Par ailleurs, les problèmes spécifiques qui caractérisent notre problématique ne sont que les insuffisances de cette problématique. La résolution de cette problématique permettra à l'HZC d'atteindre son objectif, celui d'offrir des mets de qualité à ses patients.

Pour contribuer à la résolution des problèmes général et spécifique liés à cette problématique, nous formulons notre sujet comme suit:

«Contribution à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades à l'Hôpital de Zone de Covè»

• Intérêt- spécification et vision globale de la
Problématique

➤ **Intérêt de la problématique**

La mise en œuvre d'une bonne politique d'alimentation des malades favorise non seulement une maîtrise des difficultés liées à la restauration mais aussi la satisfaction de ces malades. Certes une démarche qualité n'engendre pas toujours des surcoûts mais au contraire la gestion de la non qualité est bien loin plus coûteuse que la promotion de la qualité.

Les conséquences que peut entraîner un repas mal préparé sont plus lourdes (facteurs pronostique indépendant d'aggravation, retard de cicatrisation, allongement de la durée moyenne de séjour et augmentation de la prévalence des infections nosocomiales) que la prise en compte des normes d'hygiènes avant, pendant et après sa préparation. L'essentiel n'est pas d'alimenter mais de s'assurer que l'aliment n'entraîne pas de préjudice pour le consommateur. Le repas devient toxique par la présence d'agents chimiques indésirables.

La mission première de l'hôpital est d'assurer des soins de qualité à ses malades. Mais l'alimentation des malades est également considérée comme un soin à part entière et devant s'intégrer dans une stratégie globale de prise en charge du patient quoique l'HZC ne dispose d'aucun texte règlementant la section cuisine. De plus la qualité doit désormais être un axe majeur de la politique hospitalière de l'HZC. Au-delà donc de l'inexistence des normes en matière de restauration, il urge d'amener l'HZC à prendre les dispositions nécessaires pour assurer la promotion de la qualité.

➤ **Spécification de la problématique**

Le problème général de notre étude est le dysfonctionnement de la section cuisine de l'HZC. Ses manifestations nous conduisent à retenir quelques problèmes spécifiques qui sont:

- ✓ Non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants ainsi que des mets préparés;
- ✓ Conditions inadéquates de préparation des mets;

- ✓ Manque d'hygiène dans le processus de préparation des repas;
- ✓ Retard dans la distribution des mets;
- ✓ Insuffisance des ingrédients nécessaires à l'assaisonnement des mets.

En ce qui concerne le retard, c'est une question d'organisation et quand l'effectif du personnel de la cuisine sera renforcé, ce problème pourra trouver une solution. Quant à l'insuffisance des ingrédients, nous pouvons dire que l'HZC fait un gros effort, donc ce problème peut être aussi réglé lorsque les moyens financiers complémentaires seront mobilisés par l'HZC à différents niveaux.

Les problèmes spécifiques qui feront alors l'objet de notre étude sont les suivants:

- ✓ Non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants ainsi que des mets préparés;
- ✓ Conditions inadéquates de préparation des mets;
- ✓ Manque d'hygiène dans le processus de préparation des repas.

➤ **Vision globale de résolution de la problématique**

Une fois les problèmes spécifiques sélectionnés, le sujet formulé et la problématique spécifiée, il faut préciser que la vision globale nous orientera à solutionner le problème.

En ce qui concerne la non fonctionnalité du comité de contrôle régulier de la qualité des intrants et des mets préparés (Problème spécifique N°1), nous pouvons dire que si les contrôles sont effectués de façon régulière, ils doivent permettre à l'hôpital de s'assurer de la qualité des ingrédients, d'apprécier les mets confectionnés et de s'imprégner des réalités des malades en matière d'alimentation. La résolution de ce problème se fera par une approche théorique basée sur la mise en état de fonctionnalité du comité de contrôle de qualité des intrants et des repas préparés.

Quant aux conditions inadéquates de préparation des mets (Problème spécifique N°2), remarquons que, les conditions d'usage des bois de chauffe pour la cuisson des mets ne rendent pas la tâche facile aux cuisiniers à cause de la fumée abondante que dégagent ces

bois. L'amélioration des conditions de travail contribuera à améliorer la qualité des mets qui seront préparés.

Enfin pour ce qui concerne le manque d'hygiène, retenons que le maintien de l'environnement de travail, du local de la cuisine en état de propreté, ainsi que l'hygiène du personnel de la cuisine pourraient permettre de garantir une bonne hygiène alimentaire. Il est donc nécessaire de recourir aux normes d'hygiènes en matière de restauration hospitalière.

Cette vision globale de résolution que nous avons retenu peut être restituée à travers une démarche en dix (10) étapes présentées comme suit :

- ✓ Fixation des objectifs de la recherche;
- ✓ Formulation des hypothèses de travail;
- ✓ Construction d'un tableau de bord de l'étude;
- ✓ Revue de la littérature;
- ✓ Choix de l'outil de mobilisation de données;
- ✓ Choix de l'outil d'analyse des données;
- ✓ Mobilisation des données;
- ✓ Analyse des données;
- ✓ Etablissement du diagnostic;
- ✓ Approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.

SECTION 2 : CADRE THEORIQUE ET

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses, et revue **de la littérature**

A- Objectifs et hypothèses de l'étude

• Les objectifs de l'étude

Ils se fixent en terme d'objectif général et d'objectifs spécifiques.

➤ L'objectif général

L'objectif général de notre étude est de "contribuer à l'amélioration de la qualité des mets servis aux patients hospitalisés".

➤ Objectifs spécifiques

Ils sont formulés en fonction des problèmes spécifiques identifiés. Il s'agit de:

Pour le problème spécifique N° 1, définir les conditions de la mise en état de fonctionnalité du comité de contrôles;

Pour le problème spécifique N° 2, suggérer les moyens d'une amélioration des conditions de préparation des mets;

Pour le problème spécifique N°3, proposer les moyens pour garantir un environnement sain notamment débarrassé des risques d'infections alimentaires.

➤ Les hypothèses de l'étude

Elles concernent essentiellement les niveaux spécifique et général de l'analyse et sont formulées à partir des problèmes spécifique et général identifiés.

Causes et hypothèse n°1

Après l'analyse du problème de la non fonctionnalité du comité de contrôle régulier de la qualité des intrants et des mets confectionnés, nous avons retenu deux causes exploitables qui sont:

- ✓ l'absence de motivation du comité de menus existant;
- ✓ le manque de volonté de la part de l'autorité responsable (C/SAAE).

Des observations de stage, nous avons remarqué que le comité de menus, autrefois existant, qui était chargé du contrôle de la qualité des intrants n'est plus fonctionnel. Les membres de ce comité ne bénéficient pas de rémunération particulière. Par ailleurs, le C/SAAE, l'autorité responsable du contrôle de la qualité des mets, ne s'acquitte de cette tâche que rarement. Ceci nous conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle: **L'absence de motivation du comité de menus d'une part et le manque de volonté de l'autorité responsable d'autre part expliquent le défaut de contrôle.**

Causes et hypothèse n°2

Après l'analyse du problème des conditions inadéquates de préparation des mets, nous n'avons pu obtenir que deux causes possibles:

- ✓ l'insuffisance des moyens financiers;
- ✓ l'absence de normes définissant l'organisation de la restauration.

Nous avons noté l'inexistence de textes juridiques émanant d'une autorité compétente. Rien n'a été spécifié dans le Règlement Intérieur de l'hôpital au sujet des activités de la restauration. De plus l'hôpital dispose comme source de financement: les fonds propres, les subventions de l'Etat et l'appui des partenaires au développement.

Ainsi, notre hypothèse peut être libellée comme suit: **Les conditions inadéquates de préparation des mets sont dues à l'insuffisance des moyens financiers.**

Causes et hypothèse n°3

Le manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets pourrait s'expliquer par:

- ✓ l'ignorance des règles d'hygiène et de sécurité en milieu hospitalier par les acteurs impliqués;

✓ l'inexistence des normes régissant l'hygiène en matière de restauration.

Pour des personnes averties, les cuisiniers doivent changer de tenue vestimentaire chaque jour et plus si nécessaire. Ils doivent porter une coiffe enveloppant la chevelure, une blouse de teint clair, un tablier de protection si nécessaire, des chaussures anti- dérapant. Mais le constat sur le terrain est tout autre. De plus, l'HZC ne dispose pas de document décrivant les règles d'hygiène à respecter en matière de restauration hospitalière. Par ailleurs, la cause qui semble être la plus plausible est l'inexistence de normes régissant l'hygiène en matière de restauration. Par conséquent, l'on peut dire que **l'inexistence des normes d'hygiène en matière de restauration est à la base du manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets.**

* Tableau de bord de l'étude

Tableau n°2 : Le tableau de bord de l'étude

Niveau d'analyse		Problèmes	Objectifs	Cause probable	Hypothèses
Général		Dysfonctionnement de la section cuisine.	Contribuer à l'amélioration de la qualité des mets servis aux patients hospitalisés.	-	-
Spécifiques	1	Non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants et des mets préparés.	Définir les conditions de la mise en état de fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants ainsi que des mets préparés.	L'absence de motivation du comité de menus et le manque de volonté de l'autorité responsable (SAAE).	L'absence de motivation du comité de menus d'une part et le manque de volonté de l'autorité responsable d'autre part, expliquent le défaut de contrôles.
	2	Conditions inadéquates de préparation des mets.	Suggérer les moyens d'une amélioration des conditions de préparation des mets.	L'insuffisance des moyens financiers.	Les conditions inadéquates de préparation des mets sont dues à l'insuffisance des moyens financiers.
	3	Manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets.	Proposer les moyens de garantir un environnement sain débarrassé de tout risque d'infections alimentaires.	L'inexistence de normes régissant l'hygiène en matière de restauration hospitalière.	L'inexistence des normes d'hygiène en matière de restauration est à la base du manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets.

Source: Réalisé par l'étudiante.

B- La revue de la littérature

Selon **VINCENT. P. M** (1993), " l'aliment est, par essence, destiné au consommateur, il doit satisfaire à un plaisir et, en même temps, répondre à des besoins. Pour satisfaire à ce plaisir et répondre à ces besoins, l'aliment doit avoir les qualités **connues et visibles** : (visuelle, organoleptique, de service, de présentation et d'emballage) ainsi que les qualités **invisibles** : (hygiénique, nutritionnelles, technologiques)". Ces deux aspects concourent à la qualité de l'aliment.

Cette qualité, la norme ISO 9000 la définit, plus généralement comme "l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit à satisfaire des besoins exprimés ou implicites".

On peut donc dire que la qualité d'un aliment devra respecter quatre (04) impératifs:

- Répondre à un besoin;
- Etre conforme à la réglementation;
- Etre adapté à l'usage que l'on en fera;
- Satisfaire le consommateur et répondre à son attente.

L'alimentation servie aux malades hospitalisés doit assurer une triple fonction:

- Elément de l'action thérapeutique, elle relève de la nutrition;
- Elément important du confort et de l'accueil, elle relève de la restauration;
- Elément d'éducation et d'information nutritionnelles, elle relève de la prophylaxie et de la prévention. Ces fonctions sont synergiques et devraient être prises en compte simultanément.

GUY-GRAND B, (1997) "Alimentation en milieu hospitalier".

Selon ce même auteur, une politique alimentaire cohérente et adaptée devrait pouvoir se mettre en place en se fondant sur trois idées forces.

- Le patient doit être au centre des réflexions;
- Une démarche de qualité doit être développée;
- Une structure motrice doit être mise en place.

Ensuite, une analyse des besoins du patient et leur satisfaction doit être le pilier des différents niveaux de la restauration.

Enfin, la démarche qualité doit se concrétiser par l'élaboration d'un cahier des charges auquel doit participer l'ensemble des acteurs de la Direction de l'hôpital.

COMET. P et PIGANIOL R. (1974), dans "l'Hôpital Public" affirment que la qualité des repas servis aux malades n'est pas moins important. Sur ce point, diverses solutions sont expérimentées par des administrations hospitalières:

- Sous traitance à des restaurateurs privés;
- Cuisines-relais. Le choix par le malade entre différents plats a permis l'utilisation de système de cartes perforées.

La **circulaire** n° 132 du 18 décembre 1970 complétant la circulaire du 05 décembre sur l'humanisation des hôpitaux, avait conseillé la mise en œuvre de plusieurs mesures destinées à améliorer les conditions matérielles et morales du séjour des malades à l'Hôpital. Pour ce qui concerne la restauration, il importe:

- de veiller à la qualité des repas et de faire en sorte que cette qualité ne soit pas paradoxalement moindre les dimanches et jours de fête;
- d'étudier une présentation des mets attrayante et personnalisée;
- d'offrir aux malades aptes à se déplacer toute latitude de prendre leurs repas hors du lit et, si possible dans une salle aménagée.

La restauration en général et celle hospitalière en particulier, est un sujet qui interpelle les gestionnaires d'hôpitaux.

PERROT. J. (1998), a également réfléchi sur le partenariat basé sur des relations contractuelles dans le cadre de l'organisation des systèmes de santé. Dans cette même perspective, l'Association Médicales et Confessionnelles des œuvres Sociales du Bénin (AMCES) a réalisé une étude et a montré la nécessité d'une approche contractuelle dans la gestion du système de Zone Sanitaire.

MATTEI.J.F, (2001): "L'alimentation en milieu hospitalier est considérée comme un soin et comme devant s'intégrer dans une stratégie globale de prise en charge du patient". A ce titre, les efforts sur la restauration doivent viser avant tout à rénover les cuisines et à assurer les conditions d'hygiène et de sécurité par le recours à de nouvelles structures.

En vue donc de favoriser le développement de la politique d'alimentation dans les hôpitaux, différents axes ont été privilégiés :

➤ La mise en place des structures de liaison transversales sur la restauration dans les établissements de santé. Ces comités de "liaison alimentation" auront pour objectif de contribuer à assurer la coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge de l'alimentation des patients et à favoriser l'intégration des protocoles de prise en charge validés dans la pratique;

➤ la promotion de la démarche qualité dans la fonction restauration comme dans toutes les fonctions de l'hôpital. La qualité étant un axe majeur de la politique hospitalière. Au delà donc du simple respect des normes et des bonnes pratiques, sa promotion doit être assurée dans les établissements de santé;

➤ le développement d'une activité de nutrition clinique dans certains établissements. Ce dernier point doit permettre de développer en concertation avec les structures transversales d'alimentation, une activité clinique visant à développer les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge des patients hospitalisés.

L'ensemble de ces mesures sera soutenu par la mise en place au niveau national d'un Centre National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé (CNANES) qui va jouer un rôle de centre ressource pour l'ensemble des établissements de santé en mettant à leur disposition des données nationales sur l'alimentation et la nutrition.

EBERLIN. T et PROTIN. R, (1999), en ce qui concerne l'hygiène du personnel, en dépit de l'automatisation des tâches, le

personnel garde le plus souvent le contact avec l'aliment lors des étapes principales. Tout opérateur est une source de contamination en soi. Il est donc indispensable de respecter des règles d'hygiène strictes. Les points d'hygiène à surveiller tout principalement concernent:

➤ **Les mains**

Ne toucher que ce qui est nécessaire. Ne pas goûter avec le doigt, prendre indirectement les récipients qui contiennent l'aliment;
porter des gants: Il faut éviter le plus possible de travailler à mains nues. Il est préférable d'utiliser des gants à usage unique;
se laver les mains: Le lavage des mains doit être régulier et efficace.

➤ **Les vêtements et chaussures de travail:**

Pour limiter la contamination par l'opérateur, le port d'un vêtement de travail spécifique est indispensable. La blouse est donc incontournable sur les sites de transformation des aliments, elle peut même être doublée d'un tablier. La couleur blanche permet une bonne visualisation des tâches.

Les chaussures de travail doivent être lavées et frottées avant d'entrer sur le site. Elles doivent également être différentes des chaussures de ville.

La lecture de certains mémoires relatifs aux problèmes liés à la restauration dans les hôpitaux permet de constater que certaines approches de solutions ont été apportées :

HOUENOU. M, (2002), au terme de ses analyses sur l'alimentation des malades a proposé l'introduction du service traiteur. Toutefois, le contrat avec les services traiteurs nécessite toute une procédure et des fonds suffisants. En plus de cette nouvelle formule de restauration choisie, il serait bien que les formations sanitaires installent en leur sein des cantines qui seront régulièrement contrôlées par les services d'hygiène. Cette cantine aura un menu autre que celui de l'hôpital afin de permettre aux

patients de choisir leur repas car il est difficile de tenir compte de la préférence des patients dans les formations sanitaires publiques.

HOUNSOU. S, (2006) a proposé le recours à l'externalisation pour réduire les difficultés relevées. Ce mode de gestion de la restauration permettra au personnel de l'hôpital de «concentrer son énergie sur le cœur du métier et de confier la restauration à un partenaire privé». L'expérience de l'externalisation étant déjà en cours dans l'hôpital au niveau de la sécurité et du traitement des déchets. Pour cela, les résultats positifs obtenus permettent d'espérer que le recours à l'externalisation contribuera à améliorer la prestation de la restauration.

Paragraphe 2 : La méthodologie adoptée

Cette méthodologie concerne les approches empirique et théorique.

A- Approche empirique

• Les techniques de collecte des données

Pour l'hypothèse n°1, "L'absence de motivation du comité de menus d'une part et le manque de volonté de l'autorité responsable (le C/SAAE) d'autre part expliquent le défaut de contrôle", nous avons procédé à sa vérification par des entretiens avec les acteurs impliqués dans ces différents contrôles. Notons que le comité de menus a un collaborateur qui est le C/SAAE. Ainsi, nous réaliserons:

- Un guide d'entretien a été administré au C/SAAE, en tant que collaborateur du comité de menus ;
- Un guide d'entretien a été également administré à l'autorité responsable (C/SAAE) du contrôle la qualité des produits finis (repas).

Pour ce qui concerne l'hypothèse n°2, selon laquelle "Les conditions inadéquates de préparation des mets sont dues à l'insuffisance des moyens financiers", nous avons interrogé les personnes concernées à travers:

- Un guide d'entretien avec le Chef Service des Affaires Financières;
- Un questionnaire qui a été administré aux agents de la cuisine.

Enfin, la vérification de la troisième hypothèse: "L'inexistence de normes en matière d'hygiène hospitalière est à la base du manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets", nous avons adressé un questionnaire aux agents de la cuisine.

• **Techniques de dépouillement**

Les informations recueillies à l'aide des guides d'entretien ont fait l'objet d'un traitement manuel. Les données qualitatives sont présentées sous la forme d'un résumé.

B- Approches théoriques

• **Repères et normes d'amélioration**

Les repères et normes d'amélioration liés aux différents problèmes abordés sont libellés comme suit:

- le système d'autocontrôle qui consiste à vérifier sur les différents sites du processus de préparation, de la réception du produit (matière première) à la remise au consommateur par un agent formé. Il s'agira de contrôler les matières premières et les produits finis dans le but de maîtriser les risques;
- l'amélioration du matériel utilisé pour la confection des mets;
- le respect strict des règles d'hygiène en matière de restauration hospitalière.

• **Les seuils de décisions**

La (les) cause (s) réelle (s) du problème n° 1 est (sont) celle (s) qui sera (seront) exprimée (s) par toutes les personnes interrogées.

Pour analyser les données après enquête, la cause réelle qui sera retenue pour le problème n°2 est celle qui sera évoquée par plus de 50% des enquêtés.

La cause réelle qui sera retenue pour le problème n°3 est celle qui sera exprimée par toutes les personnes interrogées.

CHAPITRE DEUXIEME:

DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX APPROCHES DE SOLUTIONS

SECTION 1: ORGANISATION DES ENQUETES **ET ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC**

Paragraphe 1: Collecte et présentation des données

Dans ce paragraphe, nous présenterons le cadre de l'étude d'une part et les difficultés rencontrées d'autre part.

A- Collecte des données

• Cadre de l'étude

Les enquêtes ont été réalisées à l'HZC au moyen d'un guide d'entretien avec le personnel de la direction et de questionnaires administrés au personnel de la cuisine.

Notre échantillon se présente comme suit:

✓ Le personnel de la direction: Ce personnel, au nombre de trois (03) est constitué du Directeur; du Chef Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE) et le Chef Service des Affaires Financières (C/SAF) dudit Hôpital.

✓ Le personnel de la cuisine: également au nombre de trois (03) tous titulaires d'un diplôme d'hôtellerie dont un responsable.

Il faut noter que pendant nos enquêtes nous n'avons pas pu interroger les malades pour deux raisons : d'une part les malades admis était en nombre réduis d'autre part l'HZC faute de moyens financiers avait suspendu la restauration.

• Difficultés rencontrées

Nous avons été confrontée, lors de notre enquête à l'HZC, à des difficultés liées à l'accessibilité des informations auprès de certaines autorités.

Certains d'entre elles sont parfois indisponibles pour répondre à nos préoccupations. Par ailleurs, pendant notre stage, des cours et des compositions voire des sorties pédagogiques étaient programmés par l'administration de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM); ce qui en a perturbé le bon déroulement. En

pleine période d'enquête, il fallait tout suspendre pour répondre aux obligations d'ordre académique. Cette situation a perturbé la phase de l'analyse de nos données, données qui seront interprétées et serviront de repères pour la proposition d'approche de solutions.

B- Présentation des données

• Données liées au problème spécifique n°1

L'entretien avec le personnel de la direction de l'HZC (un collaborateur du comité de menus) nous a permis de retenir qu'autrefois, un comité de menus était mis en place à l'HZC. Ce comité était non seulement chargé de contrôler la qualité des intrants (ingrédients) avant leur traitement au niveau de la cuisine mais collaborait avec le C/SAAE pour contrôler la qualité des mets préparés avant qu'ils soient servis aux malades. Actuellement, ce comité n'est plus fonctionnel en raison de l'absence de motivation du comité par la direction. Le questionnaire administré au personnel de la cuisine nous a montré qu'il n'existait, à leur arrivée à l'HZC qu'une cellule de contrôle de la qualité des mets préparés dont le responsable était le C/SAAE. Cependant tous les trois (03) agents de la cuisine répondent par:«quelques rares fois» à notre préoccupation relative à la fréquence de contrôle des mets par ladite cellule. Face donc à cette situation, les cuisiniers apprécient eux-mêmes la qualité des mets préparés.

Le principal obstacle à ce niveau est le manque de volonté du C/SAAE.

• Données liées aux problèmes spécifiques n°2 et 3

➤ Problème spécifique n°2

Pour ce problème relatif aux conditions de préparation des mets, nous avons eu les informations suivantes:

Au titre des années 2004, 2005 et 2006, le montant des crédits délégués est resté statique bien que les besoins de l'HZC n'aient cessé de croître. D'une valeur de neuf millions (9.000.000) de FCFA ce fonds est entièrement financé par le Budget National et est réparti en deux. Au titre de ces différents exercices, l'HZC bénéficie de sept

millions (7.000.000) de FCFA et le reste, soit deux millions (2.000.000), est destiné à l'alimentation des malades du Centre de Dépistage et de traitement de la Tuberculose (CDT) de Covè. Ce montant s'épuise la plupart du temps avant la fin de l'exercice. De plus en 2007, ce montant est passé à sept millions (7 .000.000) F CFA dont six millions (6.000.000) pour l'HZC et un million (1.000.000) pour le CDT soit une baisse d'un million (1.000.000) pour chaque centre.

Par ailleurs, le bois de chauffe est le principal combustible utilisé pour la cuisson des mets. A côté du bois de chauffe, la cuisine dispose aussi d'un foyer à gaz et des foyers à charbon, mais ces deux combustibles ne sont pas régulièrement utilisés. Cette situation s'explique par le souci d'économiser les dépenses liées à la restauration puisque le bois de chauffe utilisé n'est pas acheté mais provient de certains troncs d'arbre abattu.

Il faut noter que le sol latéritique du site ne favorise pas le travail en temps de pluie. De plus, en ce qui concerne le bois de chauffe, il n'existe pas de lieu de stockage. Il est stocké à l'air libre dans la cour et est parfois mouillé en période pluvieuse ce qui fait qu'il est difficile de l'utiliser pour faire le feu.

➤ **Problème spécifique n° 3**

En ce qui concerne le manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets, tout le personnel de la cuisine a déploré la presque inexistence des moyens nécessaires pour leur assurer des conditions d'hygiène et de sécurité (vêtement de travail, vestiaire et lavabo).

De plus, en ce qui concerne l'entretien de la partie utilisable de la cuisine, deux agents d'entretien sont chargés de faire le nettoyage ainsi que l'évacuation des déchets produits par la cuisine. Cependant, le nettoyage n'est souvent pas fait en début d'activités. Il peut intervenir soit en pleine ou en fin d'activité. Quant aux déchets produits, une poubelle est mise à la disposition de

la cuisine pour les déchets solides mais celle-ci, à peine couverte est située encore non loin de la cuisine. Pour les déchets issus de la vaisselle, Il n'y pas un canal de conduite de sorte qu'ils sont jetés derrière le bâtiment de la cuisine.

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

A- Vérification des hypothèses

• Degré de validité de l'hypothèse n° 1

Les résultats de notre enquête auprès du personnel administratif (C/SAAE) et de la cuisine de l'HZC viennent confirmer notre hypothèse selon laquelle: "Le manque de motivation d'une part et le manque de volonté du C/SAAE d'autre part expliquent le défaut de contrôle de la qualité des intrants et des mets préparés".

• Degré de validité des hypothèses n° 2 et 3

➤ Hypothèse n°: 2

Les données collectées auprès du Chef Service des Affaires Financières (C/SAF) et des agents de la cuisine sont en conformité avec notre hypothèse de départ: "Les conditions inadéquates de travail sont dues à l'insuffisance des moyens financiers".

➤ Hypothèse n°3

En ce qui concerne les résultats de notre enquête auprès des agents de la cuisine, nous pouvons conclure que la cause réelle du manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets est: «L'inexistence de normes régissant l'hygiène en matière de restauration hospitalière».

B- Etablissement du diagnostic

• Elément de diagnostic N°1

➤ Diagnostic n°1

La non fonctionnalité du comité de contrôle de menu est due à l'absence de motivation à l'endroit dudit comité d'une part et au manque de volonté de l'autorité responsable d'autre part.

• Eléments de diagnostic n° 2 et 3

➤ Diagnostic n°2

Les conditions inadéquates de travail du personnel de la cuisine s'expliquent par:

- ✓ l'inexistence de normes juridiques fixant le fonctionnement de la cuisine;
- ✓ l'insuffisance des moyens financiers.

➤ Diagnostic n°3

Le manque d'hygiène dans la préparation des mets est dû à l'absence de normes d'hygiène en matière de restauration hospitalière.

SECTION 2: APPROCHES DE SOLUTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

Apporter une solution à un problème, c'est proposer les mesures d'éradication ou d'atténuation des causes des problèmes. Dans notre contexte de rareté de ressources, que faire?

Paragraphe 1: Approches de solutions

A- Solutions liées au problème n°1

L'alimentation est un maillon important dans tout processus de soins. Il est donc capital d'assurer aux patients une alimentation saine, des repas de bonne qualité. Par ailleurs, la sécurité alimentaire est la garantie que la consommation d'un produit alimentaire ne risque pas

d'avoir de conséquences néfastes sur la santé. Un repas de bonne qualité suppose avant tout des intrants de bonne qualité entreposés dans des conditions adéquates. Ainsi le contrôle de la qualité des denrées et des mets doit être de façon stricte à toutes les étapes du processus de la transformation. Pour remédier au problème du manque de contrôle de la qualité des denrées et des mets, nous proposons **un recyclage des membres du comité de contrôle et une dynamisation** dudit comité. Aussi doit-on mettre en place **une politique de motivation des différentes personnes** constituant le comité de menu auquel incombe cette tâche.

En ce qui concerne le manque de volonté du C/SAAE, nous suggérons que le suivi des cuisiniers soit confié à un autre responsable, de préférence à une femme qui se chargera non seulement de contrôler la qualité des produits finis (repas) mais aussi de coordonner toutes les activités de la cuisine.

B- Solutions liées aux problèmes n°2 et 3

• Solutions liées au problème n° 2

L'obtention de repas de qualité provenant de la cuisine requiert d'une part un personnel qualifié et d'autre part, des conditions optimales de préparation des mets. A ce titre, nous proposons à court terme la mise en place des foyers améliorés auxquels seront incorporées des marmites en aluminium. Ces foyers existent déjà et sont utilisés dans les cuisines du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/ HKM) de Cotonou et du Centre National des Œuvres Universitaires (CENOU) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC). Il s'agit des foyers qui fonctionnent aux bois de chauffe mais sans que la fumée ne se répande à l'intérieur de la cuisine. Elle sort par des cheminées aménagées à l'arrière du bâtiment pour permettre aux agents de la cuisine de travailler aisément.

A long terme, nous proposons l'usage des foyers à gaz comme ceux utilisés par l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL). Comme avantages, ce moyen permettra non seulement aux agents de la cuisine de

travailler dans de bonnes conditions mais aussi de lutter contre la déforestation.

Par ailleurs, l'HZC doit s'efforcer de diversifier ses sources de financement en recherchant de nouveaux partenaires au développement afin de rendre agréable le séjour des patients.

Enfin, l'HZC doit penser à terrasser le sol de la cuisine afin d'éviter le soulèvement de la poussière et de faciliter son nettoyage.

• Solutions liées au problème n°3

Le manque d'hygiène alimentaire est préjudiciable à la santé. L'hygiène dans le secteur alimentaire est d'une importance capitale en milieu hospitalier. C'est pourquoi, les règles d'hygiène doivent être respectées d'une façon particulièrement stricte aussi bien dans les cuisines où sont préparés les repas destinés aux patients que de l'hygiène du personnel afin d'éviter tout risque d'infection alimentaire.

Comme solutions, nous proposons:

➤ En ce qui concerne l'hygiène corporelle et vestimentaire des cuisiniers: l'exercice du métier de cuisinier exige une propreté rigoureuse de l'agent lui-même. Avant et après acte, il doit se laver les mains. Le cuisinier doit avoir les ongles et cheveux coupés à ras et couvrir si nécessaire la tête avec un chapeau. L'uniforme de l'agent de cuisine doit être propre. A ce titre, l'hôpital doit équiper le personnel de cuisine en nombre suffisant de vêtements de travail pour leur éviter de porter la même tenue aussi bien pour la préparation que pour la distribution, notamment : pantalon, coiffe, tablier. Chaque activité doit avoir sa tenue de travail. Elaborer un calendrier pour le port de ces tenues. De même, des règles d'hygiène et de sécurité doivent être mises en place.

L'hôpital doit soumettre le personnel de la cuisine à des visites médicales obligatoires et périodiques en vue de contrôler leur état de santé. Il doit rendre aussi fonctionnelles les installations sanitaires (lavabo, cabinet d'aisance).

➤ Quant à l'hygiène des lieux, l'hôpital doit responsabiliser davantage les deux agents d'entretien. Ces derniers seront chargés

principalement du nettoyage de la cuisine car nous avons constaté que les retards dans le nettoyage des lieux s'expliquent par le fait que ces agents en nombre réduit (02) assurent aussi l'entretien de l'hôpital. Mettre en place des protocoles de nettoyage en vue de permettre le respect des règles de l'art en matière des locaux notamment leur nettoyage et entretien régulier. Pour ce qui est de l'évacuation des déchets, elle doit se faire dans des zones appropriées, de manière hygiénique et au fur et à mesure de leur production. Prévoir des poubelles fermées à pédales munies de sacs en plastiques jetables qui seront vidées quotidiennement, nettoyées et désinfectées régulièrement si possible. Mettre en place un système de gestion efficace des déchets en procédant si possible à un tri entre les déchets produits. Maintenir les lieux de préparation en parfait état de propreté.

Paragraphe 2: Conditions de mise en œuvre et recommandations

A- Conditions de mises en œuvre des solutions

• Conditions de mise en œuvre des solutions n°1

Le contrôle de la qualité des intrants et des mets préparés contribue essentiellement à la sécurité alimentaire, gage d'un excellent bien être en santé. A ce titre, l'hôpital doit mettre suffisamment des moyens (renforcer le comité, les primes de motivation) à la disposition du comité de menus.

L'HZC doit développer une collaboration avec les membres du comité. Il doit également développer une approche participative en impliquant tous les acteurs dans les différents contrôles afin qu'ils participent à toutes les étapes du processus de l'approvisionnement à la distribution en passant par la confection des mets.

Enfin, tous les acteurs doivent faire preuve de méthode, de patience, de persévérance et d'abnégation.

• **Conditions de mise en œuvre des solutions n°2 et 3**

En ce qui concerne les conditions inadéquates, un engagement explicite de la direction de l'hôpital doit être consigné sous forme écrite définissant ainsi le fonctionnement de la restauration. L'HZC doit également revoir son organisation en matière de restauration des malades afin de rationaliser ses dépenses.

Le tableau ci-dessus récapitule les problèmes, les approches de solutions et conditions de mise en œuvre.

Tableau n°3 : Tableau synoptique des problèmes spécifiques, des approches de solutions et des conditions de mise en œuvre.

N°	Problèmes spécifiques	Approche de solutions	Conditions de mise en œuvre
1	Non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants et des mets préparés	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en état de fonctionnalité le comité de menus ; -Responsabiliser un autre agent pour coordonner les activités de la cuisine ; -Recycler et dynamiser le comité de contrôles ; - Mettre en place une politique de motivation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec les membres du comité ; - Développer une approche participative ; - Faire preuve de méthode, de patience et d'abnégation
2	Conditions inadéquates de préparation des mets	<ul style="list-style-type: none"> - Moderniser les moyens de préparation ; - Renforcer l'infrastructure en place. 	
3	Manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets	<ul style="list-style-type: none"> - Equiper les agents de la cuisine en tenue de travail ; - Soumettre le personnel à des visites médicales périodiques ; - Trier et évacuer les déchets. 	<ul style="list-style-type: none"> - Engager de façon explicite la direction - Réorganiser le fonctionnement de la cuisine.

Source : Réalisé par l'étudiante.

B- Recommandations et synthèse de l'étude

• **Recommandations**

La restauration hospitalière est une activité qui doit être pratiquée avec une hygiène particulière. C'est pourquoi des normes doivent être établies pour la règlementer, tant au niveau de l'approvisionnement, du stockage des denrées qu'à celui de la préparation et de la distribution des mets.

A cet égard, nous formulons les recommandations suivantes:

A l'endroit du Ministère de la Santé,

- ✓ Renforcer les ressources financières mises à la disposition des Hôpitaux de Zone, centre de première référence, en augmentant le montant des subventions à eux accordées;
- ✓ Revoir à la hausse le montant alloué à l'alimentation des malades en particulier ;
- ✓ Elaborer des normes bien définies pour règlementer la restauration en milieu hospitalier.

A l'endroit des autorités de l'Hôpital de Zone de Covè,

- ✓ Installer les infrastructures nécessaires pour un meilleur fonctionnement de la cuisine dudit hôpital;
- ✓ Renforcer le personnel de la cuisine;
- ✓ Mettre en place un mécanisme de suivi rigoureux du processus d'alimentation des patients hospitalisés.
- ✓ Promouvoir la démarche qualité surtout que l'HZC est dans l'expérimentation de la restauration (préparer à manger aux patients). Car «la qualité, c'est bien faire ce qu'il y a lieu de faire la première fois»;
- ✓ Etablir une collaboration avec l'Hôpital de la Mère et l'Enfant Lagune qui est en phase de mise en œuvre de la Démarche Qualité.

A l'endroit du personnel de la cuisine,

- ✓ Respecter davantage les règles d'hygiène dans l'accomplissement de leurs activités.

• Synthèse de l'étude

Tableau n°4: Tableau synthétique de l'étude

Niveau d'analyse		Problèmes	Objectifs	Diagnostic	Solutions
Général		Dysfonctionnement de la section cuisine	Contribuer à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades hospitalisés.	-	-
Spécifique	1	Non fonctionnalité du comité de contrôle de la qualité des intrants et des mets préparés.	Définir les conditions de la mise en état de fonctionnalité du comité de contrôles.	L'absence de motivation du comité de menus et le manque de volonté du C/SAAE expliquent le défaut de contrôle.	1-Rendre fonctionnel le comité de menus. 2-Récycler et dynamiser les membres du comité de menus. 3- Mettre en place une politique de motivation des membres du comité.
	2	Conditions inadéquates de préparation des mets.	Suggérer les moyens d'une amélioration des conditions de préparation des cuisiniers.	Les conditions inadéquates de confection des mets sont dues à l'insuffisance des moyens financiers.	1- Définir les normes fixant le fonctionnement de la cuisine; 2- Renforcer l'infrastructure en place; 3- Mettre en place des foyers adéquats; 4- Diversifier les sources de financement.
	3	Manque d'hygiène dans le processus de préparation des mets.	Proposer les moyens pour garantir un environnement sain notamment débarrassé de risque d'infections alimentaires.	L'inexistence de normes d'hygiène en matière de restauration hospitalière.	1- Lavage régulier des mains 2- Equiper le personnel en nombre suffisant de vêtements de travail 3- Elaborer un calendrier de port des uniformes (tenues) 4- Soumettre le personnel de la cuisine à des visites médicales obligatoires et périodiques 5- Rendre fonctionnel les installations sanitaires 6- Responsabiliser les agents d'entretien pour le nettoyage régulier de la cuisine 7- Evacuer les déchets dans des zones appropriées 8- Prévoir des poubelles adaptées quotidiennement nettoyées et désinfectées.

Source : Réalisé par l'étudiante

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre étude sur la politique d'alimentation des malades hospitalisés à l'Hôpital de Zone de Covè, nous avons identifiés plusieurs problématiques liées au dysfonctionnement de la section restauration, dont celle de l'amélioration de la qualité des mets servis aux malades.

Nos investigations sur le terrain nous ont permis de détecter les causes des problèmes relevés, et partant, de proposer des approches de solutions pour leur atténuation. Pour y parvenir, les autorités de l'HZC se doivent de :

- Prendre leur responsabilité en s'impliquant davantage dans le processus de préparation des mets ;
- Mettre suffisamment de moyens à la disposition du comité de menus ;
- Développer une franche collaboration avec les membres dudit comité.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir apporter toutes les solutions relatives à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades. Certes, de nouveaux débats peuvent être engagés sur d'autres aspects du problème (l'hygiène des locaux, des équipements et des ustensiles, l'hygiène dans la distribution) en vue d'aboutir à améliorer la qualité des mets.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages

CHARLES. R (1986): "La restauration Collective", OMS, Publication Régionales Série Européenne N° 15;

COMET. P et PIGANOL R. (1974): "L'hôpital public", Editions Berger-Levrault Paris;

EBERTIN. T et R. PROTIN. (1999): "Sciences appliquées: Alimentation et hygiène" Editions Nathan. Juillet;

FAYN. M G. et FRECHOU D. (1989): "La communication de l'hôpital".Paris;

VINCENT. P. M (1993): "Qualité de l'aliment législation et réglementation".

II- Mémoires

ATAYI. E M. (1986): "Gestion des malades hospitalisés au Centre Universitaire de Tokoin: hébergement et restauration", Ecole Nationale d'Administration;

HOUENOU. M (2002) : " Contribution à l'amélioration de la restauration des malades à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) ", Ecole Nationale d'Administration, Cycle I /Administration Hospitalière Universitaire et Intendance. Décembre

HOUNSOU .Y.S (2006): "Contribution à l'instauration d'un mode de gestion efficace de la restauration au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU – HKM) ", Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature, Cycle I / Administration Hospitalière Universitaire et Intendance. Décembre;

TAUZES .R. (1995): "Réflexion sur la restauration au Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU-HKM) ", Ecole Nationale d'Administration ;

III- Textes officiels et autres

Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples du 18 juin 1981 ;

Circulaire n° 132 du décembre 1970 complétant la circulaire du 05 décembre 1958;

Constitution Béninoise de 11 décembre 1990 ;

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;

Décret N° 2002- 0113 du 12 mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone;

Loi n° 87- 016 du 21 septembre 1987 portant Code d'hygiène publique;

Manuel de l'apprenant du parquet minimum d'activités de nutrition;
Programme Mondial Alimentaire (PMA)/ Nutrition, 51 pages;

Rapport du Colloque "L'alimentation nutrition dans les établissements de santé: une politique innovante" du 07 février 2003;

Règlement Intérieur de l'Hôpital de Zone de Covè (HZC).

TCHIBOZO B.M. Hugues, Cours de Management stratégique: Cas des services de santé et de l'éducation ;

Madame GNANVO Elisabeth née YEDEDJI, (2006) Cours de "Droit de la Santé ;"

MOUSSOU Marcel, (2006) Cours de Législation Hospitalière ; CYCLE 2 ENAM/ UAC.

OMYALE Pascal et NOUNAGNON Timothée (2007), Finances et Comptabilité Hospitalière ; CYCLE 2 ENAM/ UAC.

GNANSOUNOU Simon (2007), Méthodologie de Réalisation de Mémoire Professionnel ; CYCLE 2 ENAM/ UAC.

ANNEXES

Tableau n° 1: Planning d'alimentation des malades.

Jours de la semaine	Déjeuner	Dîner
Lundi	Riz créole +sauce de viande	Pâte+sauce de poisson
Mardi	Haricot + friture + poisson	Riz créole+ sauce de viande
Mercredi	Couscous au gras+ viande	Riz + sauce de poisson
Jeudi	Atassi + poisson+ friture	Pâte+ sauce de viande
Vendredi	Riz au gras+ viande	Pâte+ sauce de poisson
Samedi	Coquillettes au gras + viande	Riz créole + sauce de poisson
Dimanche	Piron rouge+ piment+ viande	Pâte rouge+ jus+ viande

Source : Section cuisine/HZC

**Guide d'entretien avec le C/SAAE, chargé
d'apprécier la qualité des mets préparés.**

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire professionnel, et pour contribuer à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades hospitalisés à l'hôpital de zone de Covè (HZC), nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes:

- 1- Existe t- il une cellule de contrôle de la qualité des intrants avant leur utilisation au niveau de la cuisine ?
- 2- Existe t- il une cellule de contrôle de la qualité des mets confectionnés ?
 - a- Si oui, quelle est sa composition ?
 - b- Si non pourquoi ?
- 3- Comment vous assurez- vous de la qualité des mets servis aux patients ?

Nous vous remercions pour votre disponibilité.

Guide d'entretien avec les responsables de l'administration

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire professionnel, et pour contribuer à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades hospitalisés à l'hôpital de zone de Covè, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes:

- 1- Quelles sont les sources de financement de l'Hôpital de Zone de Covè (HZC) pour assurer le fonctionnement de la cuisine?
- 2- Quel est le montant des subventions accordées à l'HZC dans le cadre de l'alimentation des malades?
- 3- Ce montant permet t- il à l'HZC de faire face à ses besoins en matière d'alimentation des malades?

Nous vous remercions pour votre disponibilité.

Questionnaire aux agents de la cuisine de l'Hôpital de Zone de Covè (HZC).

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire professionnel, et pour contribuer à l'amélioration de la politique d'alimentation des malades hospitalisés à l'hôpital de zone de Covè, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes:

1- Dans quelles conditions faites vous la cuisson des mets ?

a- Utilisez vous:

le gaz;

le réchaud;

le bois de chauffe;

la cuisinière électrique.

b- Autre (à préciser).

2- L'Hôpital de Zone de Covè (HZC) a t- il mis à votre disposition des moyens nécessaires pour votre hygiène personnelle ?

a- les vêtements de travail;

b- un vestiaire;

c-les lavabos.

3- Comment se fait la gestion des déchets produits par la cuisine ?

4- Existe- t il une cellule de contrôle de la qualité des produits préparés ?

a- Si oui, quelle est sa composition ?

b- Si non, comment vous assurez- vous de la qualité des mets servis aux malades?

5- Quelle est la fréquence du contrôle?

a- tous les jours;

b- plusieurs fois par jours;

c- quelques rares fois.

Nous vous remercions pour votre disponibilité.

TABLE DES MATIERES

Identification du jury.....	i
Déclaration	ii
Dédicaces.....	iii
Remerciements	iv
Listes des sigles et abréviations.....	v
Listes des tableaux.....	vi
Glossaire.....	vii
Résumé	viii
Sommaire	ix
Introduction générale.....	1
CHAPITRE PREMIER : DE LA RESTITUTION DES OBSERVATIONS DE STAGE A	
LA METHODOLOGIE.....	3
SECTION 1 :Observations de stage et ciblage de la problématique.....	4
Paragraphe 1 : Observations de stage.....	4
A- Présentation et organisation générale de l'Hôpital de Zone de Covè.....	4
1-Les services médicaux et les services médico-techniques.....	7
2-Les services administratifs.....	7
B- Fonctionnement de la section cuisine.....	9
Paragraphe 2 : Ciblage de la problématique.....	18
A- Inventaire des éléments de l'observation et la problématique de l'étude.....	18
B- Problématique de l'étude.....	19
SECTION 2 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude.....	25
Paragraphe 1 : Objectifs hypothèses et revue de la littérature.....	25
A- Objectifs et hypothèses de l'étude.....	25
B- Revue de la littérature.....	29
Paragraphe 2 : Méthodologie adoptée.....	33
A- Approches empiriques.....	33
B- Approches théoriques.....	34
CHAPITRE DEUXIEME : DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX	
APPROCHES DE SOLUTIONS.....	35
SECTION 1 : Organisation des enquêtes et établissement du diagnostic.....	36
Paragraphe 1 : Collecte et présentation des données.....	36

A- Collecte des données.....	36
B- Présentation des données.....	37
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	39
A- Vérification des hypothèses.....	39
B- Etablissement du diagnostic.....	40
SECTION 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.....	40
Paragraphe 1 : Approches de solutions.....	40
A- Solutions au problème n°1.....	40
B- Solutions aux problèmes n°2 et 3.....	41
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre et recommandations.....	43
A- Conditions de mise en œuvre des solutions.....	43
B- Recommandations et synthèse de l'étude.....	46
Conclusion.....	48
Bibliographie.....	50
Annexes.....	53
Table des matières.....	59