SERVICE DE RECHERCHE DU SCFP
NOVEMBRE 1995
REVISÉE MARS 1996

TABLE DES MATIÈRES

page

I. INTRODUCTION ET RÉSUMÉ 1

PREMIÈRE PARTIE : DESCRIPTION ET ANALYSE

II. DESCRIPTION DES MÉTHODES DE PRODUCTION ALIMENTAIRE 4

III. INVESTISSEMENT EN CAPITAL ET DÉPENSES D'EXPLOITATION 6
- Liaison froide 6
  - Immobilisations 7
  - Réparation et remplacement 7
  - Gaspillage des aliments 8
- Liaison surgelée 9
- Méthode conventionnelle (liaison chaude) 9
- Assembler-servir 9
- Système de commissariat 10
  - Emballage 10
  - Coûts de main-d'oeuvre 11
- Rejets de propositions de services alimentaires partagés 12

IV. PRIVATISATION 15
- Le prix élevé de la privatisation 15
- Subventions du secteur privé 19
- Perte de contrôle public 20
- Coûts sociaux et économiques plus larges 21

V. QUALITÉ DES ALIMENTS 21
- Risques pour la santé 22
- Qualités nutritives et apparence 22
- Liaison surgelée 23
- Menus limités 23
- Méthodes de remise en température 23
- Contrôle de la qualité 24
- Les aliments, point central des soins de santé 25
- Besoins diététiques spéciaux et diversité ethnique 26
- Une cuisine sur place 26

TABLE DES MATIÈRES (suite)

page

VI. ORGANISATION DU TRAVAIL 28
Emplois perdus, salaires réduits et détérioration des conditions de travail 28
Polarisation du travail : la compétence 29
Polarisation du travail : les tâches et les horaires 30
Le système de commissariat : impact sur le travail 32
Le système de commissariat : impact sur les soins de santé 32
Santé et sécurité 33

VII. RECHERCHES BIAISÉES, PLANIFICATION INADÉQUATE 34

VIII. CONCLUSION 37

DEUXIÈME PARTIE : LES SERVICES ALIMENTAIRES PARTAGÉS DANS LES PROVINCES - UN APERÇU

Colombie-Britannique 40
Alberta 41
Saskatchewan 45
Manitoba 46
Ontario 47
Québec 52
Nouveau-Brunswick 54
Nouvelle-Écosse 55
Île-du-Prince-Édouard 55
Terre-Neuve 56

ANNEXE A : IMPACT SUR LA QUALITÉ DES ALIMENTS DES DIFFÉRENTS MODES DE PRODUCTION ALIMENTAIRE 57

siepb 491
Dossier:servalim.fin

I. INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

Une nouvelle menace plane sur la sécurité d'emploi des travailleuses et travailleurs de la santé du Canada et sur la qualité des services fournis : les services partagés ou centralisés. Cette menace est attribuable, en partie, à la régionalisation et aux contraintes budgétaires imposées là où les établissements hospitaliers sont forcés de fusionner toute une gamme de services. Ces services partagés reçoivent aussi l'appui des entreprises et des consultants privés qui vantent les avantages de la privatisation, de la consolidation car, à terme, cela représente de nouvelles occasions d'affaires pour eux.

Les projets actuels sur le partage des services hospitaliers comprennent la production centralisée et la livraison des aliments, la création d'entrepôts centralisés avec la livraison des fournitures (gestion du matériel) «juste à temps» ainsi que la fusion des tâches administratives et des services de la paye, la mise au rebut des déchets biomédicaux, la stérilisation des instruments médicaux et chirurgicaux, les services de laboratoire, de buanderie, d'entretien ménager et plus encore.

Ce document traite des services alimentaires partagés. Il soulève un certain nombre de questions qui doivent être examinées sérieusement afin de mieux évaluer les propositions de services partagés. Les preuves qu'on y présente contestent les affirmations voulant que d'importantes économies soient réalisées à la suite de la centralisation et, souvent, de la privatisation des services hospitaliers. Le document identifie les préoccupations graves quant aux effets sur la qualité des services. On soulève les questions de contrôle public liés à la prise de décisions et aux répercussions sur l'économie locale dans le cas des services partagés, surtout lorsque de tels projets vont de pair avec la privatisation ou une entente de partenariat entre le secteur public et le secteur privé.

Les hôpitaux de soins aigus et de soins de longue durée d'un certain nombre de juridictions canadiennes ont rejeté les propositions de services alimentaires partagés et de privatisation des services de diététique en raison des investissements considérables requis sans la garantie d'avantages significatifs. Les méthodes de production et les systèmes d'exploitation liés aux projets de services alimentaires partagés exigent d'importants investissements en capital pour de nouvelles installations, les travaux de rénovation, l'achat d'équipement, la formation et l'adaptation de la main-d'oeuvre. La technologie a une courte durée de vie (dix ans environ) et ses coûts d'entretien et de remplacement sont élevés. Le gaspillage d'aliments ainsi que les coûts d'emballage et de transport élevés constituent d'autres dépenses pour le réseau des services alimentaires partagés.

Dans l'ensemble, les coûts relatifs au partage des services alimentaires représentent un investissement d'importance pour les établissements de soins de santé qui ont un grand besoin de fonds. Peu d'entre eux ont les fonds suffisants pour couvrir l'investissement en capital nécessaire et les dépenses d'exploitation.

Cette situation ouvre la porte à la participation du secteur privé. Disposant des ressources pour financer d'importantes installations pour la centralisation des services alimentaires, le secteur privé peut créer et contrôler un nouveau marché. Ainsi, le transfert vers les services alimentaires partagés contribue à la commercialisation et à la privatisation d'un autre segment de notre système de santé. Ce transfert menace l'avenir des services alimentaires de qualité ainsi que celui du contrôle public de notre système de soins de santé.

Ce document révèle les coûts cachés de la participation commerciale dans le secteur des services alimentaires : hausse de prix, variété et qualité inadéquates pour la clientèle des soins de santé, réduction des emplois et baisse de revenu pour l'économie locale, perte de contrôle d'un service de santé essentiel. Les ententes de partenariat avec les entreprises privées pour l'établissement de services alimentaires partagés ouvrent la voie aux subventions du secteur privé. Souvent, les termes d'un contrat permettent au secteur privé de récolter les bénéfices pendant les années profitables de l'exploitation des services alimentaires partagés. Par contre, les installations centralisées sont à la charge du secteur public quand l'équipement est usé et doit être remplacé, exigeant alors une nouvelle injection de fonds.

La production sécuritaire des aliments dans le modèle de services partagés exige des normes rigoureuses pour le contrôle de la qualité ainsi qu'une technologie sophistiquée. Et pourtant, nulle part au Canada il n'existe de règlements adéquats pour assurer des normes de sécurité et de qualité pour les aliments fournis par les établissements de soins de santé. Pourtant, dès 1980, la Grande-Bretagne considérait ces règlements comme étant essentiels. Pour les malades qui se rétablissent à la suite d'une maladie ou d'un accident graves et pour les bénéficiaires des établissements de soins chroniques et de longue durée, des aliments de grande qualité qui sont à la fois nutritifs, stimulants et sans danger sont de la plus haute importance.

Les normes de sécurité ne suffisent pas pour minimiser les risques pour la santé et protéger la qualité des aliments. Les établissements de soins de santé doivent garder leur propre cuisine afin de produire des aliments frais et pour répondre aux demandes spéciales et aux régimes alimentaires ethniques. Les établissements qui ont implanté de nouvelles technologies ou qui ont signé des ententes de services alimentaires partagés ont maintenu une certaine capacité de production d'aliments sur place en utilisant les méthodes conventionnelles. Il est important de conserver la cuisine quand la production des aliments est donnée à contrat au secteur privé. Sans cuisine, les établissements de soins de santé seraient entièrement dépendants des décisions de l'entrepreneur quant aux prix et à la qualité des aliments.

Bien avant d'étudier les questions de mise en oeuvre, les administrateurs et les consultants qui planifient la réorganisation des services alimentaires devraient examiner sérieusement les diverses options et encourager les discussions franches avec les membres de la collectivité, les travailleuses et travailleurs ainsi qu'avec les experts en diététique. En Grande-Bretagne, les établissements de soins de santé qui ont eu du succès avec les nouvelles méthodes de services alimentaires avaient complété des études de faisabilité exhaustives en examinant soigneusement les coûts, les exigences en matière de formation, les besoins technologiques,

la qualité nutritive des aliments et les questions connexes. Ils se sont fiés aux renseignements provenant de diverses sources, y compris le gouvernement, les consultants, les fabricants, les fournisseurs, les clients et les universitaires. Par contraste, les établissements qui n'ont pas eu de succès se sont fiés exclusivement aux données fournies par les consultants et les fabricants et ils n'ont pensé qu'à réduire les coûts. Ces résultats ne soulignent pas assez la nécessité de faire des enquêtes complètes et objectives sur les nouvelles méthodes de production des aliments : un processus auquel ce document contribue.

Ce document est divisé en deux grandes parties. La première partie analyse les répercussions probables du transfert vers les services alimentaires partagés et la participation du secteur privé. La deuxième partie constitue un survol national des projets de services partagés dans chaque province.

PREMIÈRE PARTIE : DESCRIPTION ET ANALYSE

II. DESCRIPTION DES MÉTHODES DE PRODUCTION ALIMENTAIRE

Dans ce document, un certain nombre de termes spécialisés servent à décrire les différentes méthodes de production et les divers modèles d'organisation des services alimentaires dans les soins de santé[1]. Ces termes sont expliqués ci-dessous.

La méthode de production alimentaire la plus utilisée dans les établissements de soins de santé du Canada est le *système conventionnel*, appelé aussi *liaison chaude*. Dans le système conventionnel, les aliments frais et crus sont préparés et cuits quelques heures à l'avance en utilisant l'équipement conventionnel. Les aliments préparés sont gardés à des températures élevées (pour prévenir la croissance des microorganismes) jusqu'à ce qu'ils soient consommés. La production conventionnelle se fait à partir d'une organisation traditionnelle de faible technologie en ce qui a trait à la cuisine et aux ustensiles.

Par contraste, la production appelée *préparé à l'avance* est la méthode le plus couramment liée avec les projets de services alimentaires partagés dans le secteur des soins de santé. Cette méthode est également utilisée par les traiteurs et l'industrie de l'alimentation au détail pour la production de grandes quantités d'aliments. Essentiellement, la production *préparé à l'avance* est une technique de préservation des aliments. Elle utilise les techniques de pasteurisation, de refroidissement et de surgélation rapides et d'entreposage réfrigéré et congelé pour préserver les aliments avant leur remise en température et leur consommation.

Dans la méthode *préparé à l'avance,* les aliments sont préparés et cuits selon les techniques conventionnelles puis réfrigérés rapidement *(liaison froide)* ou surgelés *(liaison surgelée)* au moyen d'équipement spécial. Les caractéristiques qui distinguent la liaison froide de la liaison surgelée c'est que la production est distincte du service (livraison des aliments aux malades ou aux bénéficiaires) par l'introduction d'une étape de préservation ou «période tampon» : réfrigération ou surgélation. Les aliments sont alors entreposés à des températures prédéterminées et soigneusement contrôlées dans des unités spéciales. Les aliments peuvent être divisés en vrac ou en portions individuelles pour les repas soit avant ou après la réfrigération ou la surgélation. Il existe aussi deux options pour les réchauffer (appelées aussi remise en température ou régénération) : réchauffement en quantité ou réchauffement des plateaux individuels.

Le processus de liaison froide comporte six étapes de base : préparation, cuisson, réfrigération rapide, entreposage réfrigéré, réchauffement et service aux malades et aux bénéficiaires. Les étapes intermédiaires de réfrigération, d'entreposage et de remise en

---

[1] Deux documents nous donnent les renseignements de ce survol : 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.

température ajoutent une nouvelle dimension, la période tampon qui permet une division de temps et de lieu entre la production et les services[2].

La production *sous-vide* est une version particulière de la liaison froide en vertu de laquelle les aliments sont emballés sous vide avant leur cuisson. Cette méthode d'emballage permet un temps de réfrigération plus court et une période d'entreposage plus longue. La méthode *sous-vide* n'est pas très répandue dans les établissements canadiens de soins de santé.

Le *système de commissariat* est le terme utilisé pour les ententes relatives à la production alimentaire pour plusieurs établissements. Les aliments sont préparés, cuits et entreposés dans une usine centrale au moyen de diverses méthodes de production alimentaire. La liaison froide est la méthode privilégiée. Les plats réfrigérés sont transportés dans un état de réfrigération constant vers des cuisines satellites où ils sont réchauffés. Le centre de production peut être relié à une cuisine satellite ou situé à distance.

La production *assembler-servir* ne comprend pas de préparation ni de cuisson directe des aliments. Les produits prêts à servir (à savoir les aliments congelés précuits ou réfrigérés, les aliments séchés, les conserves) sont achetés et assemblés sur des plateaux pour les repas.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristique essentielles des principaux systèmes de production et de gestion des services alimentaires.

DESCRIPTION DES MÉTHODES DE PRODUCTION ALIMENTAIRE

Système conventionnel	Les repas sont préparés quelques heures à l'avance et conservés à la température désirée. Appelé aussi **liaison chaude.**
Préparé d'avance	Les aliments sont préparés puis réfrigérés **(liaison froide)** ou surgelés **(liaison surgelée).** On peut les diviser en portion avant ou après leur réfrigération ou surgélation. De manière typique, les plateaux sont préparés avec les portions réfrigérées ou congelées puis réchauffés (ou remis en température) 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 2 heures).
Assembler-servir	Les aliments sont achetés réfrigérés ou congelés. Le service alimentaire ne fait 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).

[2] Nicholas Light et Anne Walker, *Cook-Chill Catering: Technology and Management* (London: Elsevier Science, 1990), p. 69.

Dans cette partie, nous avons présenté une courte description des principales méthodes de production des services alimentaires et des systèmes organisationnels. Notre principal objectif, dans l'élaboration de ce document, était de fournir une analyse exhaustive du modèle de services alimentaires partagés afin de susciter une discussion franche et éclairée dans les différentes provinces où des propositions de ce genre sont apparues. Le reste du document est un examen des diverses ententes de services alimentaires partagés et de leur impact.

L'évaluation qui suit du modèle de services alimentaires partagés met l'accent sur la méthode de liaison froide et du système de commissariat, deux caractéristiques couramment associées à la production alimentaire centralisée et aux centres de distribution du secteur de la santé. La liaison surgelée ressemble étroitement à la liaison froide et ses répercussions sur les soins de santé sont similaires.

III. INVESTISSEMENT EN CAPITAL ET DÉPENSES D'EXPLOITATION

Un des désavantages les plus frappants des projets de services alimentaires partagés est l'énorme investissement en capital requis pour les centres de production et de distribution alimentaire. La méthode de préparation des aliments (liaison froide, liaison surgelée ou assembler-servir) et le système de production de services partagés (commissariat) exigent des dépenses importantes tant au niveau des installations centralisées qu'au sein de chaque établissement de soins de santé.

Liaison froide

De nombreux documents traitent de la technologie de la production alimentaire. Denise Ouellet est une nutritionniste de l'Université Laval et une chercheuse reconnue dans le domaine de la gestion des services de diététique de qualité dans les soins de santé. En 1994, elle a effectué une importante revue de la littérature sur les méthodes de production et de distribution des services alimentaires dans les hôpitaux. Son document présente les principaux résultats de recherches sur l'impact des diverses méthodes de production et de distribution sur la qualité des aliments ainsi que le coût des installations et des opérations.

Après avoir fait une revue exhaustive de la littérature sur la technologie de la production alimentaire, Denise Ouellet en arrive à la conclusion que «les avantages économiques des nouvelles technologies n'ont pas encore été prouvés»[3].

---

[3] Denise Ouellet, 1994, p. 36.

Immobilisations

Selon la littérature, la liaison froide exige des immobilisations importantes en termes d'équipement pour la production, d'unités de réfrigération rapide, d'espace d'entreposage réfrigéré, de zones d'assemblage réfrigérées et d'un système de remise en température[4]. L'équipement le plus coûteux et le plus fragile est le chariot de réchauffement. Un plateau (y compris la valeur du plateau et du chariot) coûte en moyenne 1 500 $ et a une durée de vie approximative de dix ans. Ce chiffre ne comprend pas l'entretien, qui est fréquent et coûteux. Comparons cela avec le coût de 120 $ pour un plateau standard isolé utilisé dans le système conventionnel qui dure deux ans (soit 600 $ pour dix ans)[5].

Réparation et remplacement

De nos jours, l'équipement que l'on retrouve sur le marché pour la liaison froide se détériore rapidement. Sa durée moyenne est de dix ans et il exige un entretien constant pendant la période[6]. Les établissements qui utilisent la liaison froide soulignent que les défectuosités techniques et les coûts de réparation sont un problème majeur et que les chariots de réchauffement sont les éléments les plus fragiles et les plus coûteux.

Le département des services alimentaires de l'Hôpital de Jonquière, au Québec, a rapporté qu'il en avait assez des défectuosités constantes des chariots de réchauffement, y compris les problèmes de la mise en marche automatisée, la dégénérescence des parois thermiques et des problèmes mécaniques avec les réchauds et les boîtes de connexion. Les malades se sont plaints des plateaux tachés et de la vaisselle écaillée et ils se sont dit généralement insatisfaits des repas servis en retard ou réchauffés inégalement[7].

Non seulement l'équipement était-il défectueux, mais la société Restoral, le fabricant du système de liaison froide de l'Hôpital de Jonquière, était reconnue pour son mauvais service. L'entreprise a tardé à fournir des services de réparation et ceux-ci n'ont pas été adéquats. De plus, les coûts d'entretien ont été considérables. Selon le directeur des services alimentaires, les coûts d'entretien et d'énergie seulement comptaient pour 1,00 $ sur un total de 22,00 $ pour les dépenses repas-jour en 1992-1993[8].

---

4 Pour une description détaillée de l'équipement pour la liaison froide, voir Light et Walker, 1990, p. 78.

5 Entrevue avec Denise Ouellet, professeur au département de nutrition humaine et d'études à la consommation de l'Université Laval, le 8 novembre 1995.

6 Alain Marchand et Denise Bettez, *La liaison froide : mythes et réalités* (Centre hospitalier de Jonquière, Services de diététique, octobre 1994, p. 16.

7 Ibid., p. 12.

8 Ibid., p. 16.

Les hôpitaux de Burnaby et Lions Gate, dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique, ont connu des problèmes similaires avec le système de liaison froide. Au cours de la dernière année, l'hôpital Lions Gate a fermé sa cuisine et a commencé à recevoir ses repas de la nouvelle cuisine de liaison froide de l'Hôpital de Burnaby. Les deux établissements ont connu de graves problèmes de fuites avec leur équipement et plusieurs chariots de réchauffement ont dû être réparés. Le projet a déjà dépassé son budget de quelque 30 pour cent. On s'inquiète parce que ces coûts pourraient grimper une fois que la garantie d'un an sur l'équipement soit échue et que les hôpitaux doivent payer eux-mêmes tous les coûts de réparation et les pièces d'équipement[9].

Deux autres établissements de la C.-B., l'Hôpital de Pentincton et l'Unité de médecin légale de Riverview, sont revenus aux méthodes de production alimentaire conventionnelles après avoir connu de graves problèmes avec la technologie de liaison froide. L'Unité de médecine légale de Riverview a reçu de nombreuses plaintes de la part des malades sur la mauvaise qualité des aliments et sur les quantités offertes par le système de liaison froide. Lorsque l'hôpital est revenu à la technologie conventionnelle, il a réalisé des économies de 70 000 $ au cours de la première année seulement[10].

Gaspillage des aliments

Un autre facteur qui fait monter les coûts du système de liaison froide est le gaspillage des aliments. Les chercheurs Greathouse, Grégoire et Spears ont conclu, dans leur analyse des différents systèmes de services alimentaires des hôpitaux américains, que les coûts des aliments étaient considérablement plus élevés avec la liaison froide en comparaison des coûts de la méthode conventionnelle[11]. Le système de liaison froide comporte des coûts alimentaires élevés parce que les volumes de production doivent être établis plus longtemps d'avance, occasionnant plus de pertes par surplus de production[12].

---

9 Entrevue menée par Marcy Cohen, chercheuse au Syndicat des employés d'hôpitaux, avec le personnel des services de diététique du SEH de l'Hôpital de Burnaby et le Lions Gate, le 8 novembre 1995.

10 Lettre de Peter Carver, agent au Bureau de l'ombudsman, à M. Michael Quinn, Institut de psychiatrie légale, le 8 septembre 1995. Des renseignements ont également été obtenus à la suite d'une entrevue entre Marcy Cohen, chercheur au Syndicat des employés d'hôpitaux et le personnel des services diététiques du SEH à l'Hôpital de Penticton et à l'Unité de médecine légale de Riverview.

11 K. Greathouse, M. Grégoire, M. Spears et al, "Comparison of Conventional, Cook-chill and Cook-freeze Foodservice Systems", *Journal of American Dietetic Association*: 1989: pp. 1608 à 1611.

12 Denise Ouellet, 1994, p. 27.

Liaison surgelée

La liaison surgelée semble avoir le taux de dépenses le plus élevé en termes d'immobilisations[13]. Le système de liaison surgelée nécessite le même équipement que la liaison froide auquel s'ajoute une unité de surgélation rapide et de l'espace de surgélation. En comparant ce système au système de préparation conventionnelle des repas chauds, Glew et Armstrong ont remarqué que la méthode de liaison surgelée exigeait des dépenses d'immobilisations de 30 % plus élevées et 75 % plus de temps de supervision[14]. Les chercheurs soulignent également dans leur étude que la liaison surgelée exige plus d'emballage, entraînant une augmentation du coût de déchets. D'autre part, les coûts alimentaires sont légèrement plus bas avec le système de liaison surgelée par rapport à la liaison froide étant donné que les aliments peuvent être entreposés plus longtemps et utilisés dans un cycle de menus subséquent[15].

Méthode conventionnelle (liaison chaude)

Par contraste, le système conventionnel (liaison chaude) exige des immobilisations plutôt modestes en termes de technologie : équipement de cuisson, éléments chauffants (réchauds et tables-vapeur) et équipement de conservation de la chaleur (plateaux et dômes isolés). Si on le compare à la liaison froide ou à la liaison surgelée, le système conventionnel nécessite des investissements modérés en termes d'immobilisations et d'entretien régulier[16]. De plus, il y a moins de gaspillage d'aliments parce que la production est fondée sur la quantité réelle de repas commandés pour la journée. Avec ce système, qui ne nécessite pas de transport ni d'équipement de réchauffement sophistiqué, il y a moins d'emballage et donc moins de déchets.

Assembler-servir

Dans le système assembler-servir, les aliments sont achetés «prêts à servir» de sorte qu'il n'y a aucune production. Cette méthode nécessite beaucoup d'espace de réfrigération et de surgélation et tout l'équipement pour servir des repas de liaison froide, soit des

---

[13] Denise Ouellet, 1994, p. 27; M. Hertz et J. Souder, "Food service: Preparation systems have significant effect on costs", *Hospitals:* 1979, 53(3):89.

[14] G. Glew et J. Armstrong, cité par Denise Ouellet, 1994, p. 30.

[15] Greathouse, Grégoire, Spears et al, 1989, p. 1610.

[16] Denise Ouellet, 1994, p. 25.

immobilisations modérées. Par contre, le coût des aliments est beaucoup plus élevé parce qu'on achète des aliments traités plutôt que des aliments frais[17].

Système de commissariat

En plus du processus de préparation des aliments, il y a aussi le coût d'établissement de tout le système de production d'un centre de services alimentaires qui dessert plusieurs établissements. La cuisine centrale nécessite de l'équipement pour la cuisson et la réfrigération rapides. L'équipement d'assemblage peut être placé à proximité de la cuisine centrale, dans un autre édifice, ou dans chacun des établissements de soins de santé. L'espace d'entreposage doit être doublé et il y a les coûts additionnels d'emballage et de transport[18]. Il faut aussi tenir compte des coûts d'aménagement des cuisines satellites.

En plus de calculer le coût de l'équipement, du transport et du matériel, les directeurs des services alimentaires doivent tenir compte du fait que tous les systèmes de production sont limités en termes d'efficience. Les chercheurs qui ont étudié les services de diététique dans les hôpitaux du Québec ont découvert que l'avantage d'un volume de production élevé diminue considérablement une fois que le nombre de repas-jour par année dépasse les 15 000, qui est le taux de production des établissements de 45 à 50 lits[19]. Si les cuisines des établissements hospitaliers de taille moyenne atteignent le seuil d'efficience maximale de production alimentaire, la production massive au moyen d'un système qui dessert plusieurs établissements peut ne pas produire les économies suffisantes qui permettent de récupérer l'important investissement en capital.

Emballage

L'emballage est une autre dépense dont il faut réellement tenir compte. Pour des raisons d'hygiène et pour maintenir des températures sécuritaires, le transport des aliments d'un établissement central aux cuisines satellites exige un emballage sanitaire. Les aliments doivent être bien scellés afin de prévenir toute contamination. La plupart de ces emballages ne sont pas réutilisables et produisent beaucoup de déchets[20].

---

17 Ibid., p. 27.

18 Denise Ouellet, 1994, p. 28. Voir aussi Light et Walker, 1990, p. 109.

19 Léo-Paul Lauzon et Martin Poirier, *Analyse socio-économique : Rationalisation des services alimentaires dans le réseau hospitalier du québec* (Montréal): Service de comptabilité de l'Université du Québec, 1995), p. 13. Un repas-jour est l'unité de mesure utilisé couramment pour comparer les départements de services alimentaires. Il représente les aliments fournis à une malade d'un établissement de soins de santé par jour.

20 Entrevue avec Denise Ouellet, le 8 novembre 1995. Voir aussi Glew et Armstrong, cité dans Denise Ouellet, 1994, p. 30.

Les emballages jetables selon le volume exigé par les services alimentaires partagés représentent un coût social en termes de déchets pour les sites d'enfouissement et la dégradation de l'environnement. Cela pourrait rapidement devenir une dépense importante alors que de plus en plus de municipalités pensent à imposer des frais pour la cueillette et l'enfouissement des déchets.

Coûts de main-d'oeuvre

Il n'y a pas de consensus dans la littérature sur les coûts de main-d'oeuvre liés aux nouvelles technologies de production alimentaire et aux opérations centralisées. D'aucuns diront que la liaison froide rationalise les coûts de main-d'oeuvre parce que la production est fondée sur un horaire de cinq jours et que les aliments sont préparés à l'avance. D'autre part, un certain nombre d'hôpitaux qui ont décidé d'adopter la méthode de liaison froide sans disposer des technologies les plus avancées sont aux prises avec une augmentation des coûts de main-d'oeuvre.

Les chercheurs qui ont comparé les systèmes de services alimentaires de 66 hôpitaux américains ont conclu que les coûts de main-d'oeuvre étaient légèrement plus élevés dans les cuisines de liaison froide en comparaison des cuisines conventionnelles et ce, en partie parce que les repas préparés selon la méthode de liaison froide étaient réchauffés assiette par assiette dans le four à micro-ondes[21]. Dans une autre étude où on a évalué le système de liaison froide dans des établissements américains, on a souligné que les coûts réels dépassaient largement les coûts projetés. En comparaisons des autres systèmes, la liaison froide exigeait plus d'équivalents à temps complet; de manière générale, les coûts des aliments et de la main-d'oeuvre étaient de 36 pour cent plus élevés avec la méthode de liaison froide qu'avec le système conventionnel[22].

La Grande-Bretagne nous apporte des preuves contradictoires car la majorité des opérations de liaison froide ont en fait réduit leur main-d'oeuvre (de 20 % en moyenne)[23].

La formation est un point important à considérer dans la réorganisation des services alimentaires. Dans une étude sur les unités de services de liaison froide en Grande-Bretagne, Light et Walker ont conclu que les opérations couronnées de succès prévoyaient une formation complète du personnel dans tous les aspects de la liaison froide. Dans les opérations qualifiées comme étant un échec, peu ou pas de formation n'a été fournie, une omission qui, selon Light et Walker, pourrait compromettre sérieusement l'hygiène et le

---

21 Greathouse, Grégoire, Spears et al., 1989, pp. 1608-1609.

22 D. Moorshead, *An Empirical Investigation of the Reliability and Validity of the USDA Model to Determine the Least Cost Hospital Foodservice System* (Virginia Polytechnic Institute and State University, 1982: thèse de maîtrise non publiée).

23 Light et Walker, 1990, p. 296.

maintien de la qualité[24]. Ces résultats confirment qu'une formation adéquate doit être considérée comme un facteur dans les plans et budgets de mise en oeuvre des services alimentaires partagés.

L'adaptation de la main-d'oeuvre est un autre facteur important dont il faut tenir compte dans la réorganisation des services alimentaires. À Montréal, les projets de services partagés ont été relégués au second plan parce que les administrateurs ont déjà des problèmes de redéploiement de la main-d'oeuvre déplacée à la suite des fermetures de lits d'hôpitaux[25]. Les ententes de services alimentaires partagés perturberaient encore plus le réseau des soins de santé régional sans offrir d'avantages fiables en termes de coûts ou de qualité.

Dans la proposition de services alimentaires partagés dans le sud-ouest et dans la vallée du Fraser de Colombie-Britannique, on ne reconnaît qu'en théorie seulement la question d'adaptation de la main-d'oeuvre. Dans sa proposition, Marrack Watts affirme que la «formation de la main-d'oeuvre» et une «stratégie complète d'adaptation de la main-d'oeuvre» sont essentielles pour en arriver à une transition en douce[26]. Et pourtant, dans leur estimation des coûts, ils omettent complètement les coûts substantiels de planification des ressources humaines ainsi qu'un programme complet d'adaptation de la main-d'oeuvre.

Notre inquiétude est la suivante : si les coûts de main-d'oeuvre sont réduits à la suite de l'implantation de services alimentaires partagés, ce pourrait être aux dépens d'une formation adéquate ou de la déqualification des compétences et des conditions de travail. Nous examinerons ces deux questions dans une autre section sur l'organisation du travail.

Rejets de propositions de services alimentaires partagés

Les preuves que nous avons jusqu'à maintenant quant aux projets de services alimentaires partagés, au Canada, indiquent qu'il n'est pas facile d'en arriver à une réduction des coûts. Un certain nombre de comités et de consultants qui ont fait enquête sur cette question sont arrivés à la même conclusion.

Le Hospital Food Services qui fournit des aliments préparés en quantité à six hôpitaux de la région d'Ottawa depuis 16 ans vient tout juste de récupérer suffisamment de fonds pour être autonome (en raison surtout des coûts de distribution élevés, de la sous-utilisation de l'équipement et de la technologie inefficiente)[27]. Il y a deux ans, lors de l'évaluation des

---

[24] Light et Walker, 1990, pp. 186, 239.

[25] Entrevue avec Claude Turcotte, SCFP-Québec, octobre 1995.

[26] Marrack Watts Inc., *Final Report Volume 1: Shared Food Services Systems Study - A Directional Document* (Vancouver: 30 mai 1995), p. 63.

[27] Lauzon et Poirier, 1995, p. 53.

options de réorganisation des services alimentaires, l'Hôpital Notre-Dame de Montréal est arrivé à la conclusion que l'achat des aliments du commissariat d'Ottawa coûterait 21,95 $ par repas-jour (en comparaison de 20,45 $ pour les repas préparés sur place). L'achat de plats d'un traiteur commercial, la société Cara, aurait coûté 22,72 $ en 1993[28].

L'an dernier, Marrack Watts recommandait d'élargir le système de services alimentaires partagés d'Ottawa, qui se limitait à la production d'aliments en quantité, pour y inclure un centre d'assemblage et de lavage des plateaux. Selon un rapport trimestriel de l'Ottawa Hospital Shared Services Corporation, les hôpitaux participants ont rejeté la proposition en raison de «l'important investissement en capital avec une faible possibilité de récupération des fonds»[29].

Entre la publication de l'étude de faisabilité de Marrack Watts et l'évaluation faite par les hôpitaux d'Ottawa, le volume général de plateaux des malades de la région avait diminué de 20 pour cent, plaçant le volume «en deçà du seuil d'efficience pour un établissement central»[30]. Les pressions financières ont également incité les administrateurs à réduire les coûts des services alimentaires des établissements membres, les rendant plus efficients que le modèle centralisé. Ces facteurs ont incité les hôpitaux de la région d'Ottawa à déclarer que «le concept d'un établissement d'assemblage central, malgré son concept attirant, n'est tout simplement plus intéressant au plan financier»[31]. On peut présumer que les fermetures de lits imminentes ont rendu le concept encore moins attrayant pour Cara Foods, l'entreprise qui, plus tôt, s'était montrée intéressée par le commissariat d'Ottawa.

Récemment, les hôpitaux de Toronto ont rejeté un modèle similaire de services alimentaires partagés. Dix-neuf établissements du Toronto Métropolitain ont créé le Shared Food Services Group afin d'examiner la possibilité de centraliser les cuisines. En novembre dernier, la multinationale française des services alimentaires, la Société Sodexho, présentait un plan d'affaires détaillé pour l'implantation d'un centre de production et de distribution alimentaires pour les hôpitaux de Toronto. Par la suite, chaque établissement a examiné le plan d'affaires à la lumière de son propre budget et des exigences en matière de services. Les hôpitaux ont conclu que les coûts en capital seraient trop élevés par rapport aux avantages et le projet a donc été abandonné.

Le 13 février 1996, le Comité de direction du projet de Toronto recommandait que le Shared Food Services Group se dissolve formellement parce que la majorité des hôpitaux membres s'étaient retirés du projet. La correspondance officielle précisait que la raison invoquée pour

---

28 Corporation professionnelle des diététistes du Québec, *Compte rendu : Journée d'information, Rationalisation des coûts dans le secteur de l'alimentation* (Montréal, le 25 mars 1995, p. 16).

29 Hospital Shared Services Corporation, *Quarterly Activity Report* (Ottawa: January 1995), p. 1.

30 Ibid., p. 1.

31 Ibid., p. 1.

abandonner le projet était que les avantages ne suffisaient pas à combler les dépenses en capital requises[32].

Ailleurs au Canada, les planificateurs des soins de santé rejettent des propositions de services alimentaires partagés parce que trop de questions demeurent sans réponses et que les preuves sur les avantages à en tirer sont trop faibles. Au Québec, le projet le plus avancé pour de tels services partagés dans les soins de santé est celui de la région de la Mauricie-Bois-Francs autour de la ville de Shawinigan. À la suite de la réaction négative de la collectivité à un rapport publié au printemps dernier, lequel défendait la proposition de services alimentaires centralisés, la Régie régionale de la santé a formé un comité sur lequel siégeaient des représentants de l'administration, de la clientèle, du personnel syndiqué des services alimentaires et des universitaires spécialisés en nutrition et en économie. Douze établissements de soins aigus et de longue durée étaient concernés.

Le comité a examiné la capacité actuelle quant à la distribution des services alimentaire, les différentes méthodes et la technologie de production alimentaire et la possibilité de centraliser les opérations. Il a conclu qu'un des hôpitaux, qui avait la capacité supplémentaire, devrait se charger de la production de certains repas standardisés pour les autres établissements. Chaque établissement maintiendrait une cuisine distincte avec au moins un cuisinier et la capacité de préparer des repas chauds, surtout pour répondre aux demandes individuelles et aux régimes spéciaux des malades et des bénéficiaires[33]. Prenant l'exemple de la préparation d'un plat à base de viande, la cuisine centrale se chargerait du travail de préparation préalable en faisant cuire le boeuf et les pommes de terre. Chaque cuisine individuelle mettrait les pommes de terre en purée, ajouterait le boeuf et le maïs et ferait cuire le plat final sur place.

Le comité a rejeté l'option d'un nouveau centre de services alimentaires partagés comme étant impossible et beaucoup trop coûteux. Il a conclu qu'à ce moment-ci, il est plus économique d'utiliser tout le potentiel d'un hôpital existant plutôt que de construire un centre séparé pour fournir les repas à tous les établissements. Il y avait trop d'inconnues en ce qui a trait à la technologie, aux coûts et à la qualité des services.

---

32 Lettre de R.G. Shaw, président du Groupe de travail sur les ressources humaines du Toronto Shared Food Services Group, à Michael Hurley, président du Conseil des syndicats hospitaliers de l'Ontario, et à Ted Roscoe, président du Syndicat international des employés des services, section locale 204, le 20 février 1996.

33 Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs, *Rapport du comité ad hoc portant sur les services alimentaires : premier volet* (Shawinigan, le 25 juillet 1995), pp. 1-18.

IV. PRIVATISATION

La participation financière des entreprises est une caractéristique commune des propositions de services alimentaires partagés, à l'instar des autres projets de réorganisation introduits dans le secteur de la santé. Dans les établissements canadiens de soins de santé, on travaille actuellement à la réorganisation massive de la production et de la livraison des services alimentaires, des services de laboratoire, de la stérilisation des instruments médicaux et chirurgicaux et de la gestion du matériel. Dans la plupart des cas, des entreprises privées à but lucratif y participent. Compte tenu de ce contexte, il est important d'examiner les éléments particuliers de la privatisation en ce qui a trait à leur impact sur les services alimentaires des centres de santé.

La privatisation revêt plusieurs formes, de la sous-traitance des services de gestion et du travail excédentaire à la privatisation totale de services entiers. Dans le cas de l'assurance-maladie, nous sommes témoins de la «commercialisation» des services, à savoir le transfert de services publics à des organisations à but lucratif, même si le terme privatisation est le terme générique que l'on utilise couramment.

Dans le cas des ententes de services alimentaires partagés qui émergent, la privatisation prend la forme de la sous-traitance à grande échelle en vertu de laquelle des parties de la production des services alimentaires, ou des servies entiers, seront transférés à des entreprises privées. Le centre de production peut être lié à un établissement existant, et dans ce cas le travail se fait à l'hôpital même. Dans les projets plus larges, un centre régional de services alimentaires distinct serait construit et le personnel travaillerait dans un établissement séparé, exploité par l'entrepreneur.

Le prix élevé de la privatisation

Les expériences en matière de privatisation des services alimentaires hospitaliers ont démontré que la gestion et la production commerciales sont des opérations coûteuses. Dans la plupart des cas, les services d'entreprises privées à but lucratif ont été retenus par des hôpitaux individuels pour gérer et opérer des services de diététique sur place.

Deux économistes de l'Université du Québec à Montréal, Léo-Paul Lauzon et Martin Poirier, viennent de terminer une étude sur la privatisation des services alimentaires des hôpitaux du Québec. Afin d'évaluer le coût de la privatisation de ces services, les chercheurs ont comparé les services alimentaires privatisés de cinq hôpitaux avec 23 services comparables gérés par les hôpitaux. Leur analyse statistique révèle que le coût unitaire des repas dans les services privatisés est, en moyenne, de 2,25 $ supérieur au coût unitaire des services gérés

par les hôpitaux. Ce montant représente une augmentation de 15 pour cent par rapport au coût *moyen* de production alimentaire dans le réseau hospitalier du Québec[34].

Dans leur étude, Lauzon et Poirier ont également examiné le repas-jour moyen avant et après la privatisation dans six établissements. Seulement un hôpital avait réussi à réduire ses coûts après la privatisation. L'augmentation moyenne du coût unitaire pour les services alimentaires des cinq autres hôpitaux a été de 1,16 $ après la privatisation[35].

Un des facteurs qui contribue à l'augmentation des coûts c'est qu'en vertu des contrats des services alimentaires hospitaliers, les entreprises privées sont à la fois le gestionnaire et le fournisseur . Il est clair que cette situation de monopole incite l'entrepreneur à accroître ses profits en faisant grimper le prix des fournitures. Une telle situation crée aussi un conflit d'intérêt qui nuit à l'efficience. Comme Lauzon et Poirier l'ont observé dans leur étude, l'entreprise privée ne se souciera pas de l'utilisation inefficiente des fournitures puisqu'elle bénéficie de la vente accrue de ces produits[36].

L'étude de Lauzon et Poirier présente le phénomène de l'augmentation des coûts quand l'entrepreneur est à la fois gérant et fournisseur dans leur étude de cas de l'Hôpital de Magog. Une fois que l'établissement a transféré la gestion de ses services alimentaires à Sodexho, l'entreprise qui fournissait également bon nombre de produits alimentaires, le prix des produits a augmenté de quelque 31 pour cent chaque année. Quand l'hôpital a repris le contrôle de son département des services alimentaires, il a réussi à réduire ses coûts de 57 pour cent en deux ans[37]. Pendant cette période, le volume de production des repas s'est maintenu au même niveau. Lauzon et Poirier concluent dans leur étude que lorsque l'entreprise est à la fois gérant et fournisseur, une augmentation des prix est pratiquement inévitable.

La privatisation des services publics comme la production alimentaire dans les soins de santé augmente aussi les frais généraux. Dès le départ, la conversion d'un service public à un service commercial entraîne des dépenses légales et administratives pour les appels d'offre[38].

---

[34] Lauzon et Poirier, 1995, p. viii. Le coût des repas-jour (ou coût unitaire) représente le coût des fournitures, de la main-d'oeuvre et des services pour servir trois repas par jour à un malade.

[35] Ibid., p. viii.

[36] Ibid., p. ix.

[37] Ibid., p. 26.

[38] La procédure de l'appel d'offre comprend le travail de rédaction des spécifications et des critères de performance, les frais de publicité pour obtenir et revoir les offres et les frais légaux pour la rédaction du contrat. Voir Service de recherche du SCFP, *Fausses économies, coûts cachés* (Ottawa : 1995), p. 17. Voir aussi Ian McKenna et al., *A Study on the Effects of Contracting Out Ancillary Services by the Chinook Regional Health Authority* (Lethbridge, Alberta : Centre for Management Solutions : 1995), p. 23.

Un autre facteur qui contribue à faire monter les coûts est la stratégie corporative de présenter des soumissions initiales en deçà du prix réel. On voit souvent des entreprises qui veulent faire des percées dans le secteur public présenter des soumissions qualifiées de «leurre-tactique» afin d'avoir un pas dans la porte[39]. Une fois que le service a été privatisé et que l'entreprise détient le monopole, comme dans le cas de Magog, celle-ci peut utiliser son pouvoir pour augmenter les frais. Dans certains cas, l'entreprise demandera de renégocier le contrat original; dans d'autres, elle absorbera la perte initiale, mais augmentera son tarif dans les années subséquentes. L'hôpital peut être obligé de choisir entre payer des frais plus élevés ou risquer d'entreprendre une bataille juridique coûteuse pour annuler le contrat.

Il faut aussi tenir compte des coûts supplémentaires en termes de contrôle et de l'application du contrat des services alimentaires. Voir à ce que le fournisseur respecte les termes du contrat peut nécessiter que l'on paye du personnel de supervision additionnel pour contrôler la performance, évaluer les normes et régler les conflits avec les entrepreneurs. Alors que les établissements publics qui produisent leurs propres aliments peuvent contrôler à la fois les moyens de production (personnel, matériel et équipement) et la production (repas servis), une fois qu'une entreprise privée fournit les aliments ou les repas complets, on ne peut qu'évaluer la dimension résultat[40]. Il est important de voir au respect des termes du contrat dans le cas de services de diététique des établissements de santé en raison des conséquences graves d'une mauvaise hygiène ou des aliments de mauvaise qualité.

Les conflits relatifs à la performance d'un entrepreneur peuvent également entraîner des frais juridiques supplémentaires[41]. L'assurance-responsabilité est également un autre coût relié à la performance de l'entrepreneur et du besoin de réparer les dommages ou de corriger tout travail inférieur aux normes.

Il y a un autre problème connexe : une fois que les services sont réorganisés et dépendent de l'entreprise privée, il est souvent compliqué et coûteux pour les établissements de santé de reprendre le service en régie. Cette situation constitue une préoccupation majeure si les projets de services alimentaires partagés mènent à l'élimination de la cuisine de chaque établissement participant. Sans la capacité de produire des repas ou des éléments de menu sur place sans faire des rénovations ou des investissements majeurs, les directeurs des services alimentaires sont particulièrement vulnérables aux décisions des entrepreneurs privés.

Quand les services alimentaires sont donnés à contrat à une entreprise privée de l'extérieur, il y a aussi des pertes au niveau de l'investissement public. La commercialisation des

---

[39] Service de recherche du SCFP, *Fausses économies, coûts cachés : les coûts de la sous-traitance et de la privatisation* (Ottawa : 1995), p. 19.

[40] Jeff Borland cité par Ian McKenna et al., 1995, p. 21.

[41] Service de recherche du SCFP, *Fausses économies : coûts cachés* (Ottawa : 1995), p. 19.

opérations de services alimentaires comporte le risque suivant : les contribuables sont propriétaires d'immobilisations, comme les installations et l'équipement des cuisines et l'espace d'entreposage qui ne sont plus nécessaires. Dans ce cas, les contribuables auront payé deux fois : tout d'abord pour le premier investissement en capital puis pour l'utilisation de l'établissement de l'entrepreneur[42].

Le scénario le plus coûteux en ce qui a trait aux services alimentaires partagés est le système assembler-servir en vertu duquel les aliments préparés sont achetés et assemblés sur des plateaux. Les tâches d'assemblage peuvent se faire par l'entremise d'un commissariat public ou d'une entreprise commerciale. Ce système dépend largement du secteur privé pour fournir des aliments prêts à servir. La réalité est que l'industrie canadienne des services alimentaires n'est pas équipée pour répondre aux demandes des établissements de santé.

Dans nombre d'endroits au Canada, la population est trop petite et le secteur privé n'est pas équipé pour fournir la variété ni le volume de produits alimentaires précuits qu'exigent les établissements de soins de santé. Le choix est limité parce qu'au Canada, il y a peu d'entreprises qui fournissent les produits de liaison froide et celles qui existent offrent un menu assez limité. Les traiteurs des grandes compagnies aériennes peuvent offrir cinq choix de menus. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande au minimum un cycle de menus de deux semaines pour les établissements de soins aigus et la rotation des menus toutes les trois semaines dans les établissements de soins de longue durée, toujours avec au moins un choix de deux repas[43]. Même si le secteur privé était prêt à fournir cette variété, le prix des produits commerciaux demeure excessif.

Un comité formé pour examiner les services alimentaires partagés à Shawinigan, Québec, a examiné la capacité du secteur privé de fournir des aliments aux établissements de soins de santé de la région. Un questionnaire a été envoyé à vingt-trois fournisseurs d'aliments du secteur privé leur demandant s'ils pouvaient fournir des produits particuliers prêts à servir selon des quantités précises. Le comité a conclu que le secteur privé n'est pas équipé à ce moment-ci pour fournir la variété de repas qu'exigent les établissements de soins de santé. Les entreprises sondées ne pouvaient même pas couvrir les aliments réguliers d'un menu sur un cycle de trois semaines, sans parler des produits diététiques spéciaux[44]. L'exemple de Shawinigan illustre bien l'importance de mesurer adéquatement la prestation des services actuels et projetés lorsqu'on évalue la viabilité des projets de services alimentaires partagés.

---

42 Service de recherche du SCFP, *Fausses économies : coûts cachés* (Ottawa : 1995), p. 16.

43 Ordre professionnel des diététistes du Québec, *Le devis de service : Un outil d'assurance qualité* (Montréal, 1995, page 14).

44 Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs, *Rapport du comité ad hoc portant sur les services alimentaires : premier volet* (Shawinigan, 25 juillet 1995), page 8.

Subventions du secteur privé

Il est clair que la privatisation des services alimentaires (gestion et prestation) constitue une érosion fondamentale de l'assurance-maladie. Les consultants du secteur privé ont qualifié de «service auxiliaire» la production des services alimentaires dans les soins de santé afin de justifier la privatisation de ces services. Nous devons contester cette stratégie et reconnaître l'importance capitale des services alimentaires dans le processus des soins de santé.

Les planificateurs dans le domaine de la santé devraient investir des fonds pour améliorer l'efficience et la faculté d'adaptation des services de diététique pour le bénéfice de notre régime public de soins de santé au lieu d'offrir ces services au secteur privé. En fait, les propositions de services alimentaires partagés que les administrateurs des soins de santé ont examinées ne sont rien moins qu'un plan de subventions publiques pour le secteur privé.

Dans le scénario de Toronto, les établissements de soins de santé signeraient une entente de partenariat avec une entreprise privée pour gérer un centre régional de services alimentaires. Sodexho, le «partenaire privé», proposait de remettre tous les établissements et équipements des services alimentaires centralisés aux hôpitaux après une période de 10 à 15 ans. Comme nous l'avons souligné précédemment, la technologie pour ce type de production alimentaire dans les commissariats de liaison froide doit être remplacée tous les dix ans environ. Avec le scénario proposé par Sodexho, celle-ci se déchargerait de l'équipement désuet sur le secteur public après avoir accumulé le plus de profit possible pendant les bonnes années.

Les entreprises qui ont l'oeil sur les services alimentaires hospitaliers exercent aussi leur imagination d'entrepreneurs en proposant que les établissements centralisés tiennent compte de la capacité supplémentaire pour fournir des aliments, pour fins de profit, à d'autres secteurs. Sodexho considère le projet de services alimentaires hospitaliers à Toronto comme une voie d'expansion dans le secteur public. Les centres de production alimentaire n'auraient pas seulement fourni les repas à vingt hôpitaux de Toronto, mais ils auraient été conçus avec la capacité supplémentaire de produire des aliments pour les écoles, les établissements de soins de longue durée, les prisons, les centres de soins psychiatriques et les autres établissements publics dans le sud-ouest de l'Ontario[45]. Ainsi, le financement de l'assurance-maladie par les contribuables servirait à subventionner l'expansion commerciale d'une grande multinationale.

Dans la proposition de services partagés pour les centres hospitaliers du sud-ouest et de la vallée du Fraser de Colombie-Britannique, la privatisation en douce semble être la stratégie. Actuellement, 60 pour cent de la production alimentaire relève des centres hospitaliers. Avec la mise en oeuvre complète de la proposition de Marrack Watts, seulement 20 pour cent des aliments seraient produits dans le secteur public alors que le reste serait acheté

---

[45] Service de recherche du SCFP, *Brief on Sodexho: Shared Food Services* (Toronto: 1995), page 1.

auprès de l'entreprise privée[46]. Nul doute qu'au bout du compte, les entreprises privées mettraient la main sur les éléments les plus rentables du marché laissant au secteur public les éléments les moins rentables et plus complexes de la préparation des aliments pour les centres hospitaliers.

Perte de contrôle public

L'intérêt grandissant des entreprises privées pour les services alimentaires dans le secteur de la santé attire l'attention sur les structure de gestion, ou sur la propriété et les systèmes de gestion des projets de services alimentaires. Les modèles de gestion proposés pour les centres de services alimentaires soulèvent d'importantes questions au sujet de l'influence des entreprises privées et de la responsabilisation des fournisseurs face aux utilisateurs des soins de santé et aux contribuables en général.

La structure de gestion typique des ententes de services partagés qui émergent est la suivante : un centre régional appartenant à une entreprise à but non lucratif et géré par elle qui est une entité juridique distincte de l'établissement desservi. Le conseil d'administration de ces établissements centraux est habituellement formé de représentantes et représentants des centres hospitaliers participants avec un lien contractuel quelconque avec le «partenaire» corporatif.

Sodexho a proposé un modèle de propriété et de gestion pour le projet de services partagés de Toronto appelé «partenariat limité». En vertu de cette structure de gestion, la société Sodexho serait représentée au conseil d'un organisme mixte formé des centres hospitaliers participants. Sodexho financerait la construction, la mise en oeuvre et l'exploitation des centres régionaux de production alimentaire en échange d'achats réguliers pendant la durée du contrat. À l'exception des achats garantis par les hôpitaux, un facteur d'incitation important pour Sodexho est la possibilité de croissance ailleurs dans le secteur public.

Dans la proposition de Marrack Watts pour le sud-ouest et la vallée du Fraser de Colombie-Britannique, une entreprise distincte à but non lucratif serait établie comme centre de préparation des aliments et elle serait l'employeur. Cette entreprise achèterait des aliments des centres de production lui appartenant et du secteur privé. Avec les années, le secteur privé fournirait une partie de plus en plus grande des aliments pour les soins de santé.

Il faut examiner sérieusement la structure de gestion des ententes proposée pour la fusion des services afin de déterminer le niveau d'influence exercée par les entreprises privées. Dans nombre de cas, le contrat liera les centres hospitaliers et les obligera d'acheter des biens de l'entreprise privée et imposera des limites sévères sur le pouvoir des établissements public individuels. Les administrateurs des soins de santé peuvent être reconnus officiellement

---

[46] Marrack Watts Inc., *Final Report Volume 1: Shared Food Services Systems Study - A Directional Document* (Vancouver: 30 mai 1995), page 59.

comme les administrateurs du projet mais les décisions relatives à la gestion quotidienne seront souvent prises par l'entreprise privée.

L'idée que les entreprises privées aient un pouvoir de prise de décisions dans le système de gestion des services alimentaires partagés soulève de graves questions quant à la responsabilisation publique. Si on permet aux entreprises privées d'avoir plus de pouvoir dans l'exploitation des services alimentaires des soins de santé, cela veut dire que les citoyens et les organismes gouvernementaux auront moins de contrôle sur la qualité de l'assurance-maladie.

Coûts sociaux et économiques plus larges

Les projets de services alimentaires partagés sont une menace réelle pour l'économie locale en termes de pertes d'emplois, de réduction des salaires et de recherche de fournisseurs d'aliments et d'équipements en dehors de la région. Dans ce contexte plus large, la commercialisation coûte habituellement plus cher, à long terme, pour les contribuables.

La sous-traitance de la production des aliments aurait un coût humain assez élevé en termes de déplacement de personnel et de réduction de la demande au niveau des commerces locaux. L'économie locale en souffrira aussi si le service est donné à contrat à une entreprise basée ailleurs ou qui achète une large partie de ses denrées et de son équipement à l'extérieur de la région. L'impact sur les entreprises locales peut entraîner une diminution des revenus d'impôt pour tous les paliers de gouvernement. Si, à leur tour, les entreprises font faillite ou doivent licencier du personnel, les coûts d'aide sociale peuvent augmenter[47].

De manière typique, les traiteurs privés comme Versa et Marriott ne dépensent pas leurs profits dans les mêmes collectivités où ils sont générés. Par contraste, la plupart des revenus des travailleuses et travailleurs du secteur public et des propriétaires de petites entreprises sont réinvestis dans l'économie locale. Ainsi, la privatisation mène à une spirale descendante pour ce qui est des revenus de la collectivité locale. Étant donné que les établissements de soins de santé sont financés à même le trésor public, il est tout à fait légitime d'examiner les questions plus larges de soutien de l'économie locale.

V. QUALITÉ DES ALIMENTS

L'impact sur la qualité des services est une des principales questions que nous devons examiner dans l'évaluation des services alimentaires centralisés dans les soins de santé. La qualité des services peut être évaluée en termes de qualité des aliments, soit la valeur

---

[47] Service de recherche du SCFP, *Fausses économies et coûts cachés* (Ottawa : 1995), page 20.

nutritive, les caractéristiques sensorielles et les risques pour la santé, ainsi que la qualité générale des services fournis dans le centre hospitalier.

Il serait utile de définir davantage ce que nous évaluons en termes de qualité des aliments. Les indicateurs habituels de la valeur nutritive sont les vitamines thermosensibles : la thiamine (dans le cas des viandes et des féculents) et l'acide ascorbique (pour les légumes). Les caractéristiques sensorielles dépendent plus du jugement du consommateur selon une série de facteurs : apparence, saveur, texture, température et autres caractéristiques. La troisième mesure de la qualité des aliments est le niveau de sécurité en termes de risques d'intoxication alimentaire.

Risques pour la santé

Lorsque la liaison froide est apparue, au début des années 70, la période de réfrigération de plusieurs journées a soulevé plusieurs questions quant à l'innocuité des aliments[48]. En conséquence, un nombre important de recherches ont été faites sur la sécurité de la liaison froide.

Selon les recherches qui ont été faites sur la méthode de liaison froide, la réfrigérateur et le réchauffement adéquats sont importants pour contrôler la contamination bactérienne. Les aliments doivent être refroidis rapidement et maintenus juste en-dessous du niveau de surgélation dans des unités de réfrigération spéciales. Les recherches montrent que la plupart des aliments peuvent être refroidis pendant cinq jours et êtres propres à la consommation, bien qu'une période de trois jours soit une limite de temps plus réaliste pour préserver la saveur et l'apparence des aliments[49].

Qualités nutritives et apparence

On peut aussi évaluer la qualité des aliments en termes de contenu nutritif et d'apparence pour le consommateur. La perte d'éléments nutritifs dans la plupart des aliments réchauffés après la liaison froide est comparable aux pertes similaires avec d'autres méthodes, bien que la vitamine C semble être la plus affectée par la durée de la période de refroidissement. Les caractéristiques sensorielles varient considérablement selon les aliments touchés, la durée de la période de refroidissement et la méthode de remise en température. Par exemple, les plats de viande sont inacceptables après sept jours de réfrigération et les plats de légumes après quatre jours[50].

---

[48] Pour plus d'information sur l'évolution des activités des traiteurs de liaison froide en Grande-Bretagne, voir Light et Walker, 1990, pp. 16 et 17.

[49] Entrevue avec Denise Ouellet, 8 novembre 1995.

[50] R. Zaccharias cité dans Ouellet, 1994, page 20.

Liaison surgelée

La méthode de liaison surgelée est une autre variante qui donne des résultats similaires. La surgélation garantit l'innocuité microbiologique en autant que les met soient dégelés dans une chambre froide et servis dans les 24 heures de la désurgélation. Par contre, la surgélation modifie la texture et les autres caractéristiques sensorielles des aliments[51].

Menus limités

Les nouvelles technologies exigent que l'on modifie les recettes et les techniques de préparation des aliments. Les méthodes de liaison froide et de liaison surgelée limitent les choix de menus parce qu'elles ne fonctionnement pas avec tous les mets; par exemple, les steaks, les aliments frits, les oeufs et les pâtisseries ne s'adaptent pas bien à la liaison froide et à la liaison surgelée[52]. La liaison froide fonctionne mieux pour les plats en sauce; par exemple, une sauce pour la viande et un bouillon pour les plats à base de légumes. Par contre, si les plats sont réchauffés sur des plateaux, le bouillon calera au fond et le dessus du plat sera sec. Le réchauffement en quantité semble fonctionner mieux.

Méthodes de remise en température

Les chercheurs britanniques Light et Walker ont conclu, à partir de leur étude de 80 services alimentaires hospitaliers, que diverses méthodes de remise en température, y compris le micro-ondes, le four à vapeur et la friteuse, doivent être utilisés pour le bon fonctionnement de la liaison froide. Ils soulignent aussi que le réchauffement en quantité est beaucoup plus efficace que le réchauffement des portions individuelles; en effet, cette dernière méthode peut entraîner une perte de croquant, la surcuisson ou la souscuisson de certains éléments; il en résulte parfois des parties froides, un durcissement de la viande, des bords secs et des sauces épaisses. À ce stade-ci, la technologie de remise en température des plateaux n'est pas encore à point[53].

Denise Ouellet, une professeure de nutrition, fait une mise en garde à l'effet que la combinaison de la liaison froide au réchauffement en quantité peut en fait produire le pire de deux systèmes[54]. Le principal problème avec le système conventionnel est que la qualité des aliments diminue selon le temps qu'on les maintient chauds alors que le principal

---

51 Ouellet, 1994, pp. 23 et 24.

52 Light et Walker, 1990, pp. 23 à 42.

53 Light et Walker, 1990, pp. 92 à 115. Voir aussi Comité ad hoc de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs, 1995, p. 9.

54 Entrevue avec Denise Ouellet, le 8 novembre 1995.

avantage est que chaque repas est préparé à partir de denrées fraîches. Avec la liaison froide, les aliments sont réfrigérés pendant des jours. Puis s'ils sont réchauffés en quantité, ils devraient être maintenus chauds pendant une très courte période de temps afin d'éviter une plus grande détérioration des éléments nutritifs. Le contrôle de l'innocuité alimentaire est important surtout dans ce système où il y a combinaison de liaison froide et de réchauffement en quantité, et ce à cause des risques liés à de longues périodes de réfrigération et de réchauffement.

Contrôle de la qualité

La production d'aliments sûrs, au moyen de la liaison froide, exige beaucoup de rigueur tant au niveau de la gestion que du contrôle de la qualité, y compris des prélèvements biologiques réguliers. La Grande-Bretagne et d'autres pays européens ont normalisé leurs mécanismes de contrôle de la qualité. Aux États-Unis, les directives sont émises par la Food and Drug Administration.

Le ministère de la Santé de Brande-Bretagne a élaboré des règlements en 1980, révisés en 1983 puis en 1989, afin de traiter des nouvelles technologies des services alimentaires comme la liaison froide et la liaison surgelée. Selon les normes britanniques pour la liaison froide, les aliments doivent être complètement cuits puis refroidis rapidement et maintenus (pour un maximum de cinq jours) juste au-dessus du point de surgélation (0 à 3° C).

Dès qu'ils sont sortis du réfrigérateur et juste avant leur consommation, les aliments doivent être réchauffés à une température minimale de 70° C à coeur. En plus, les normes britanniques exigent que l'on fasse des tests réguliers sur tous les aliments, avec des prélèvement immédiatement avant leur service[55].

Au Canada, il n'y a pas de règlements même si la méthode de liaison froide est largement utilisée. Le gouvernement du Québec procède à des consultations afin de déterminer des normes de pratique comme les cycles minimums de menus dans les établissements de soins aigus et de longue durée. Cependant, aucune juridiction canadienne ne se rapproche des contrôles sévères de la qualité des aliments établis dans les centres de soins de santé britanniques.

En fait, avec une bonne gestion, une planification adéquate avant la mise en oeuvre et avec un contrôle adéquat de l'innocuité des aliments, la liaison froide peut produire des aliments dont la qualité est égale à celle des aliments produits par la méthode conventionnelle de liaison chaude. La clef est que la production de liaison froide exige des mesures de protection rigoureuses et une technologie appropriée, pour toutes les étapes de cuisson, de

---

[55] Denise Ouellet, 1994, page 14. Voir aussi Light et Walker, 1990, pages 83 et 84, 348 et 349.

refroidissement, d'entreposage, d'assemblage, de transport et de remise en température afin d'assurer la grande qualité des aliments qui sont nutritifs, attirants et sûrs.

La nécessité d'avoir une technologie sophistiquée, des mécanismes de contrôle de la qualité et des mesures de protection rigoureuses souligne encore une fois les coûts importants liés à la production des aliments selon la méthode de liaison froide. Pour des questions de sécurité, il importe aussi de maintenir le contrôle public des services alimentaires dans les soins de santé au lieu de les transférer au secteur privé qui n'a aucun compte à rendre directement aux malades.

Les aliments, point central des soins de santé

Quand on examine l'impact des différentes techniques de production sur la qualité des aliments dans les soins de santé, il ne faut surtout pas oublier que la nutrition est un élément essentiel du processus de guérison. La valeur nutritive des aliments est capitale tant pour les malades que pour les personnes âgées qui dépendent des fournisseurs de soins de santé. De plus, ces groupes risquent davantage de contracter des maladies liées aux aliments.

Les entreprises qui font pression pour prendre le contrôle de la production alimentaire dans les établissements de santé, ainsi que les agents gouvernementaux, les administrateurs et les autorités de planification qui sont en faveur de la privatisation font toujours une distinction entre les services médicaux et les soi-disant services «auxiliaires» ou «d'hôtellerie» comme les services alimentaires, de buanderie et d'entretien ménager. Ils soulignent que les services alimentaires viennent après le traitement médical et qu'en conséquence, ils devraient être fournis par le secteur privé. En fait, l'alimentation est un élément important du processus de guérison et donc des soins de santé.

Toute personne qui a déjà été malade peut témoigner que les aliments ont un but thérapeutique. Une bonne alimentation est essentielle au rétablissement des personnes qui ont été gravement malades ou blessées et pour les bénéficiaires des centres hospitaliers. Une attention spéciale doit être apportée au goût et aux caractéristiques sensorielles des aliments dans les centres de soins de santé afin que les malades et les bénéficiaires développent un bon appétit. Pour ces raisons, les spécialistes en diététique et les travailleuses et travailleurs des services alimentaires demandent aux administrateurs des soins de santé d'examiner sérieusement toutes les techniques de production afin de s'assurer que les patients ne courent pas de risques inutiles parce que la qualité des aliments a été compromise.

Un rapport récent des diététistes du Québec vient confirmer l'importance des services de diététique dans le continuum des services de santé[56]. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) sonne l'alarme sur la malnutrition comme étant un grave problème de

---

[56] Communiqué de presse de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), le 21 février 1996, intitulé «La réforme des soins de santé : les diététistes s'inquiètent de la qualité des services alimentaires».

santé qui est exacerbé par les compressions dans les hôpitaux, les congés donnés trop tôt, les soins ambulatoires et la mauvaise coordination des services pour les malades qui récupèrent à la maison.

Les diététistes du Québec évaluent que le gouvernement provincial pourrait économiser 577 477 journées d'hospitalisation par année si les établissements de soins de santé réglaient le problème de la malnutrition de manière préventive. La malnutrition entraîne de nombreuses complications post-opératoires, qui exigent une plus longue hospitalisation ce qui, en retour, allonge les listes d'attente. Cela cause aussi des complications imprévues et des réadmissions à l'hôpital. Des études nord-américaines et européennes indiquent que plus du tiers des adultes dans les établissements de soins aigus courent le risque de souffrir de malnutrition[57].

L'OPDQ demande au ministère de la Santé du Québec d'élaborer une nouvelle politique sur la nutrition qui reflétera la nouvelle réalité, à savoir que les malades sont renvoyés plus tôt à la maison sans toujours avoir les ressources adéquates pour maintenir un régime nutritif. Au dire des diététistes, les hôpitaux doivent absolument maintenir des services alimentaires de grande qualité afin de prévenir les complications à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement et pour voir à ce que les séjours à l'hôpital plus courts n'empêchent pas les malades de se rétablir.

Besoins diététiques spéciaux et diversité ethnique

Il faut aussi examiner la capacité des systèmes de production alimentaire de répondre aux besoins spéciaux et aux régimes ethniques de la clientèle. En raison des limites qu'impose la méthode de liaison froide pour ce qui est du choix des menus, il est difficile d'adapter toutes les recettes à cette méthode. Certains régimes spécialisés et certaines exigences pour la préparation de plats ethniques seraient difficiles à suivre parce que la méthode de réchauffement pour la liaison froide compromet la qualité de plusieurs aliments du menu. Le choix limité des menus est un problème particulier pour les bénéficiaires des centres de soins prolongés, surtout les personnes des communautés ethniques minoritaires.

Une cuisine sur place

Une des caractéristiques que l'on peut mettre en doute dans les nombreux plans actuels de restructuration des services alimentaires est l'établissement «sans cuisine». On envisage donc de nouveaux centres ou des centres rénovés sans l'aménagement d'une cuisine complète. Dans la proposition de Marrack Watts, pour le sud de la Colombie-Britannique, les dépenses en capital proposées pour améliorer les cuisines actuelles des établissements seraient investies

---

[57] Ibid.

plutôt dans un centre de production alimentaire, un entrepôt et des applications informatiques[58].

Si on crée des établissements sans cuisine, on devra donc dépendre totalement des fournisseurs indépendants, une situation qui est des plus problématiques quand le fournisseur est une entreprise privée dont l'objectif premier est de faire le plus de profit possible et non pas de soigner les malades. Si on élimine les cuisines des centres hospitaliers, on compromet sérieusement aussi la qualité générale des aliments produits.

Les établissements doivent garder leurs propres cuisines afin de produire des aliments frais et pour répondre également aux demandes spéciales et aux besoins des diverses communautés ethniques. En Grande-Bretagne, les administrateurs des soins de santé reconnaissent le besoin de technologie complémentaire pour la production alimentaire et ils utilisent la liaison froide pour produire environ la moitié seulement de leurs aliments[59]. Les établissements canadiens qui ont essayé de se passer de cuisines ont dû réaménager de nouvelles cuisines parce qu'ils ne pouvaient pas se fier totalement aux entrepreneurs ou à un service de commissariat pour les régimes spéciaux ou pour obtenir des produits frais[60].

Les établissements de soins de longue durée de Calgary, approvisionnés en produits de liaison surgelée par le commissariat Carewest, ont gardé leurs cuisines. Ils ont aussi des cuisiniers et des diététiciennes sur place. La cuisine centrale fournit des éléments standards du menu alors que chaque cuisine individuelle prépare la plupart des produits froids : fruits, salades de légumes, sandwichs et ainsi de suite, ainsi que les commandes spéciales pour les bénéficiaires[61].

Il faut aussi souligner que s'ils ne peuvent préparer des aliments de manière autonome, les centres de soins de santé deviennent tout à fait dépendants du commissariat central. Si les établissements sont rénovés ou construits sans cuisine, ils n'ont aucun autre moyen de produire des aliments pour leurs clients. La dépendance totale sur le commissariat central pose un problème majeur quand les entreprises privées ont une influence significative. Se trouvant dans une situation de monopole, l'entreprise peut augmenter ses prix et négliger la qualité plus facilement puisqu'elle sait que les établissements dépendent complètement de ses produits. Les établissements de soins de santé seront alors obligés de reconstruire leur cuisine ou d'établir un autre commissariat afin de se sortir d'une telle situation.

---

58 Marrack Watts Inc., *Final Report Volume I: Shared Food Services Systems Study - A Directional Document* (Vancouver: 30 mai 1995), page 74.

59 Light et Walker, 1990, page 18.

60 Entrevue avec Denise Ouellet, le 8 novembre 1995.

61 Entrevue avec Timon Azmier, conseiller syndical national du SCFP en Alberta, le 27 octobre 1995.

VI. ORGANISATION DU TRAVAIL

Les conséquences des projets de services alimentaires partagés sur l'emploi et les conditions de travail dépendront de l'envergure des projets, de la convention collective en vigueur (surtout en ce qui concerne la sécurité d'emploi et les dispositions relatives aux changements technologiques) et de la loi provinciale sur les normes du travail, de la santé et de la sécurité et des relations de travail. Compte tenu des différences qui peuvent exister entre les divers projets, les réflexions contenues dans ce chapitre sont applicables aux différentes provinces à des degrés divers.

On doit également considérer le fait que les conditions de travail, les besoins en formation et d'autres aspects de la réorganisation du travail dans les projets de services alimentaires n'ont reçu, à ce jour, qu'une attention mitigée. Là où des recherches ont été menées, les résultats diffèrent quant à l'impact de la technologie des services alimentaires et des systèmes de gestion sur les coûts de main-d'oeuvre et sur les travailleuses et travailleurs de la santé. Il est clair qu'il faut faire plus de recherches et d'analyses sur les questions relatives à la main-d'oeuvre dans le contexte de la réorganisation des services alimentaires dans les soins de santé.

Emplois perdus, salaires réduits et détérioration des conditions de travail

Selon les documents disponibles, un des principaux objectifs du système de liaison froide est de réduire le personnel en remplaçant l'horaire de travail basé sur la semaine de sept jours par un horaire basé sur la semaine de cinq jours[62]. La méthode de liaison froide permet de séparer la production et la consommation des aliments dans le temps et, pour ce qui est du système de commissariat, dans le lieu. De cette façon, les repas peuvent être préparés à l'avance et gardés au réfrigérateur jusqu'au moment où ils seront servis.

L'objectif principal de la réorganisation des services alimentaires est de diminuer les coûts de main-d'oeuvre en réduisant le personnel et en augmentant la charge de travail des personnes qui demeurent en poste. Les employeurs du secteur de la santé et les consultants privés parlent en termes de «productivité accrue» et «d'accroissement de l'efficience» mais ces concepts se traduisent dans les faits par une diminution des emplois disponibles et une déqualification du travail. Il est indéniable que les changements technologiques à grande échelle qu'entraînent les commissariats de liaison froide auront des conséquences majeures sur les emplois.

Bien qu'il n'existe aucune preuve à l'effet que les projets de services alimentaires partagés entraînent une réduction des coûts de main-d'oeuvre, on s'attend certainement à réaliser des économies. Les diverses propositions de services alimentaires partagés qui ont été faites à

---

[62] Denise Ouellet, 1994, page 27.

différents endroits au Canada depuis quelques années ciblaient les coûts de main-d'oeuvre comme étant un des principaux secteurs où effectuer des compressions. Ce même objectif sous-tendait la réorganisation des services alimentaires en Grande-Bretagne[63]. Si les systèmes centralisés de production alimentaire sont conçus de manière à permettre une réduction substantielle des coûts de main-d'oeuvre, ces économies pourraient être réalisées aux dépens de conditions de travail sûres, de la sécurité d'emploi et, en fin de compte, de la qualité des repas fournis aux malades et aux bénéficiaires.

Une des conséquences de la centralisation des services alimentaires dans le domaine de la santé pourrait être l'émergence de la concurrence entre le personnel du secteur public et les travailleuses et travailleurs des services alimentaires du secteur privé. Une fois déplacés vers les centres de production alimentaire, les services alimentaires des établissements de soins de santé ne relèvent plus du secteur public, ce qui renforce l'idée fausse que l'alimentation est un service fonctionnel et non un service thérapeutique. Cela signifie également que les commissariats alimentaires (même s'ils sont exploités par des établissements publics) entreraient en concurrence avec les producteurs alimentaires du secteur privé (et non syndiqués dans l'ensemble). Il en résulterait une pression à la baisse sur les salaires et une dégradation des conditions de travail. Cette tendance pourrait entraîner des risques en ce qui a trait à la qualité et à la fraîcheur des aliments distribués aux malades, aux bénéficiaires et à leur famille dans les établissements de soins de santé.

Dans les provinces où les restrictions sur la sous-traitance, la sécurité d'emploi ou la négociation à une table centrale sont limitées, il devient difficile pour un syndicat, même parmi les mieux organisés, de garantir à ses membres dans les services de diététique qui sont transférés à un commissariat le maintien de leurs conditions de travail. La centralisation des services de buanderie des hôpitaux ontariens, dans les années 70, a entraîné une perte d'emplois, une diminution des salaires et une dégradation des conditions de travail pour les personnes transférées dans les établissements d'une des onze régions. Lors des négociations, les employeurs ont insisté pour comparer les conditions de travail du secteur public à celles du secteur privé dans le domaine de la buanderie, domaine souvent non syndiqué. Si les services alimentaires quittent les établissements de santé pour être répartis entre les centres de production alimentaire, on risque de voir la concurrence exercer des pressions à la baisse sur les coûts de main-d'oeuvre, vraisemblablement aux dépens de la qualité et de l'innocuité des aliments.

Polarisation du travail : la compétence

Mis à part les pertes d'emploi et la dégradation des salaires et des avantages sociaux, il faut également considérer la réorganisation du travail pour le personnel qui reste en poste. On s'inquiète du fait que la technologie de liaison froide et des méthodes d'assemblage centralisé

---

[63] Light et Walker, pages 296 et 297.

exigent un niveau de spécialisation moins élevé ce qui entraînera une déqualification du travail pour le personnel des services alimentaires.

Sur la question de la réorganisation du travail, il est important de séparer deux éléments principaux du processus relié aux services alimentaires : la production et la distribution (y compris les étapes de montage, de distribution et de lavage). Dans un hôpital type du Québec, le cinquième du personnel de la cuisine participe à la préparation et à la cuisson des aliments tandis que les deux tiers travaillent au montage des plateaux, à la distribution des repas et au lavage[64]. La réorganisation du travail affectera différemment ces deux groupes de personnes.

Pour ce qui est des services alimentaires traditionnels, le personnel qualifié doit avant tout être en mesure de choisir et d'apprêter les aliments de base. Dans la liaison froide, ces postes qualifiés pourraient bien être superflus. Le chef cuisinier, le directeur du service ou le responsable des achats peut déterminer les besoins alimentaires et choisir les aliments. Dans la mesure où la liaison froide met l'accent sur la fabrication en quantité des éléments standards qui composent les menus, une proportion importante des aliments de base peut être achetée sous forme d'aliments précuisinés. Ainsi, une bonne partie du travail de préparation qui se fait dans les cuisines traditionnelles serait éliminée[65].

L'arrivée de la méthode de liaison froide met souvent l'accent sur une production standardisée plutôt que sur les aptitudes et l'imagination du cuisinier, ce qui réduit ainsi son rôle. De plus, il a été suggéré que les changements technologiques associés aux commissariats et à la liaison froide élargiront le fossé entre les personnes quant à leur niveau de compétence. Cela pourrait survenir parce que les personnes ayant des aptitudes manuelles sont très vulnérables aux changements technologiques tandis que celles qui ont des compétences dans les techniques de pointe sont souvent avantagées par les nouvelles technologies. Ainsi, les cuisinières ou les cuisiniers d'une cuisine centrale peuvent développer des aptitudes additionnelles de contrôle de la température et de contrôle microbiologique tandis que celles et ceux qui travaillent dans les cuisines satellites deviennent des opératrices ou opérateurs de machines et n'ont plus l'occasion d'utiliser leurs compétences[66].

Polarisation du travail : les tâches et les horaires

Les personnes qui travaillent dans les cuisines centrales et dans les cuisines satellites peuvent être affectées différemment pour ce qui est des horaires et des tâches dans le système de liaison froide. En regard de la production traditionnelle des aliments, les services

---

[64] Denise Ouellet, 1994, page 25.

[65] Light et Walker, 1990, page 93.

[66] Ibid., page 294.

fonctionnent d'ordinaire avec un quart complet de travail qui débute très tôt le matin et va jusqu'à midi, pour la préparation des déjeuners et des dîners, et un autre demi-quart l'après-midi, pour la préparation du souper.

Si un établissement qui implante la liaison froide a les moyens d'acheter et d'entretenir deux fois plus de plateaux, les aliments peuvent être préparés chaque jour pendant un seul quart de travail. Pendant le quart du matin, on prépare les repas du midi et ont nettoie les plateaux. On prépare et surgèle le souper et le déjeuner pendant le quart de l'après-midi. Pour entreposer deux repas en même temps, il faut deux fois plus de plateaux. Ce système de production alimentaire permettrait d'éviter le fractionnement du quart de travail et la pression sur le personnel au moment des périodes de pointe.

Les travailleuses et les travailleurs sur le site de production peuvent avoir une préférence pour la semaine de cinq jours liée au système de liaison froide, car ces personnes n'ont plus à travailler le soir ou les fins de semaine. À l'Hôpital des Bois-Francs, où on utilise la liaison froide depuis dix-neuf ans, le personnel de la production mentionne un autre avantage de la préparation à l'avance des aliments : le travail n'est plus axé sur la demande de pointe[67].

Bien que le personnel de production apprécie certains avantages du système de liaison froide, l'ensemble du personnel des services alimentaires, soit les personnes qui travaillent au montage et à la distribution des plateaux ainsi qu'au lavage, a tendance à trouver que les emplois se sont dégradés. Les personnes qui s'occupent du montage des plateaux doivent souvent rester debout des heures durant et répéter les mêmes gestes à une cadence rapide. À l'autre extrémité de la chaîne, laver la vaisselle utilisée dans le système de liaison froide est extrêmement difficile parce que la remise en température produit des taches et des aliments incrustés. La vaisselle du repas du soir n'est habituellement lavée que le lendemain matin.

Avec le système de liaison froide, le travail comme tel est monotone et physiquement exigeant, mais l'horaire de travail n'est nullement amélioré. L'horaire de travail du personnel des cuisines chargé de distribuer les repas et de laver la vaisselle dans le système de liaison froide continue d'être basé sur un horaire de sept jours. Ainsi, pour l'ensemble du personnel des services de diététique, la production de type liaison froide n'est pas un changement apprécié.

L'expérience du personnel des services de diététique pour ce qui est des différentes techniques de production alimentaire a fait l'objet d'un examen limité bien qu'une importante étude américaine sur le sujet ait soulevé des questions analogues concernant la satisfaction du personnel qui travaille avec le système de liaison froide. Dans leur étude portant sur les systèmes des services alimentaires de 66 hôpitaux différents, Greathouse, Grégoire et Spears ont étudié le relation qui existe entre les méthodes de production et le rendement au travail. Leur recherche a démontré que la liaison froide n'améliore pas la productivité, ni la stabilité

---

[67] Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs, 1995, Annexe F.

du personnel (mesurée en termes d'absentéisme et de suppléance du personnel), ni le bien-être des travailleuses et des travailleurs[68]. Bien que l'impact direct de la technologie utilisée dans le système de liaison froide sur les tâches n'ait pas fait l'objet d'un examen exhaustif, il semble que la nouvelle technologie de production alimentaire n'ait pas mené à des améliorations pour le personnel responsable du montage des plateaux, de la distribution des repas et du lavage de la vaisselle.

Le système de commissariat : impact sur le travail

L'organisation du travail pourrait être encore plus répétitive avec le système de commissariat parce que les menus sont uniformisés et que le processus de production, de montage et de lavage est plus automatisé. La production de masse à l'échelle de ce qui a été proposé à Toronto et dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique comporterait un travail à la chaîne assez semblable à celui qu'on trouve dans l'industrie de la transformation des aliments.

Dans le cours de ce projet de recherche, nous n'avons pas pu trouver de documentation sur les processus de travail dans les commissariats alimentaires. Pour commencer, il n'y a pas de grandes usines de production alimentaire pour les soins de santé qui utilisent la technologie du montage de plateaux proposée dans les projets de Toronto et du sud-ouest de la Colombie-Britannique. Un autre problème est que le personnel des commissariats qui produisent des aliments pour les hôpitaux n'est pas syndiqué ou est représenté par des syndicats faibles de sorte que l'accès à l'information sur les conditions de travail est extrêmement difficile.

Le système de commissariat : impact sur les soins de santé

La centralisation des services alimentaires réalisée en éliminant une partie du personnel des établissements et en augmentant le travail du personnel restant aurait, en bout de ligne, un effet négatif sur la qualité des soins aux malades et aux bénéficiaires. Il faut reconnaître que le personnel de première ligne des services alimentaires accomplit un grand nombre de tâches : l'interaction avec les malades et la consultation avec le personnel infirmier en font partie. Ces tâches contribuent au processus thérapeutique qui sous-tend la prestation des soins de santé. Si une grosse partie du personnel des services diététiques est transféré dans un établissement de production centralisée, les tâches du personnel seront vraisemblablement définies de façon plus étroite et les soins additionnels présentement fournis aux malades et aux bénéficiaires en seront exclus.

L'élimination des services alimentaires dans les établissements de soins de santé risque d'accroître la charge de travail et les niveaux de stress du personnel infirmier et des porteurs puisque ces personnes essaieront de compenser pour la perte de personnel. Le sondage sur

---

[68] Greathouse, Grégoire, Spears et al., 1989, pages 1608 et 1609.

les soins infirmiers mené l'an dernier par le SIES a révélé qu'on exige du personnel infirmier qu'il accomplisse plus de tâches n'étant pas de leur ressort (y compris l'entretien ménager, le transport des malades et des tâches relatives aux services alimentaires), alors que les compressions budgétaires entraînent une charge de travail additionnelle dans leur domaine de compétence[69]. Les plaintes relatives à l'augmentation de la charge de travail du personnel non diététique exigeraient également du temps de supervision additionnel.

Santé et sécurité

Bien qu'il existe peu de documents traitant des expériences de travail dans les commissariats alimentaires, les entrevues que nous avons menées auprès du personnel des services alimentaires nous ont révélé plusieurs problèmes de santé et de sécurité associés aux systèmes de production de liaison froide et de commissariat. Tel que mentionné précédemment, le travail répétitif de la production de montage rapide constitue une inquiétude au chapitre de la santé pour le personnel des cuisines qui s'acquitte de ces tâches parce que le risque de lésions attribuables au travail répétitif est également accru.

Le poids considérable et la forme peu commode des emballages des aliments en quantité ainsi que les chariots de rethermalisation constituent un problème supplémentaire en santé et sécurité pour le personnel qui utilise la liaison froide. On a également fait état d'accidents occasionnés par des planchers glissants dans la section surgélation[70].

Le personnel des services de diététique de l'Hôpital Burnaby, à Vancouver, a émis des plaintes graves en santé et sécurité reliées au nouveau système de liaison froide. Au cours de la première année d'exploitation, le taux de lésions dans les services de diététique s'est accru, en moyenne, de 28 pour cent par mois (moyenne pour l'année complète)[71]. Même si l'effet le plus troublant d'un taux de lésions aussi élevé est le traumatisme qu'il occasionne chez les travailleuses et les travailleurs, les administrateurs des services de santé devraient également reconnaître l'impact financier d'une telle situation en termes de suppléance et d'indemnisation.

Bien qu'on ne puisse pas affirmer que tous les problèmes de santé et de sécurité du système de liaison froide découlent de la nouvelle technologie des services alimentaires, il est courant que les nouvelles méthodes de production soient mises en place sans qu'on ait examiné les mesures de sécurité appropriées. De plus, il y a réduction du personnel et augmentation des charges de travail dans les services de diététique à l'instar de tous les services hospitaliers. Quand on modifie les méthodes de production et de distribution sans planification adéquate et

---

69 Ian McKenna et al, 1995, page 26.

70 Entrevue avec Timon Azmier, conseiller syndical national du SCFP de l'Alberta, le 27 octobre 1995.

71 Entrevue menée par Marcy Cohen, chercheuse pour le Syndicat des employés d'hôpitaux, auprès des membres du personnel des services diététiques du SEH de l'Hôpital Burnaby, le 8 novembre 1995.

qu'une telle situation se produit alors qu'on coupe dans le personnel, les conditions de travail en sont forcément affectées.

Dans ce chapitre sur l'organisation du travail dans les systèmes de liaison froide et de commissariat, nous avons examiné un certain nombre de problèmes possibles au niveau de la sécurité d'emploi, du salaire et des avantages sociaux, des compétences et des conditions de travail. Nous ne faisons pas état de ces préoccupations dans le but de nous opposer aux changements technologiques. Nous faisons simplement valoir que ces changements devraient d'abord faire l'objet d'une planification appropriée, qu'il faudrait d'abord prendre les précautions nécessaires et organiser le travail afin d'utiliser au maximum les compétences du personnel et de le satisfaire le plus possible. Des équipements nouveaux et des méthodes nouvelles devraient servir à faciliter les méthodes de travail et à améliorer la qualité des services de santé publique. On ne devrait pas y recourir uniquement pour réduire les coûts de main-d'oeuvre.

VII. RECHERCHES BIAISÉES, PLANIFICATION INADÉQUATE

Les projets de services alimentaires qui sont élaborés dans différentes régions au Canada sont notoirement faibles pour ce qui est des recherches et des données susceptibles de les étayer. Par exemple, le rapport Price Waterhouse, au Québec, avance des énoncés généraux sur l'efficacité des services alimentaires partagés en termes de coûts sans présenter aucune donnée pour soutenir de telles affirmations[72]. Les faibles données quantitatives qui sont fournies proviennent de la firme de services alimentaires privée Marrack Watts; elles ne sont pas accompagnées d'explications sur la méthodologie utilisée ni sur la fiabilité des données ou ne présentent pas de chiffres additionnels pour soutenir leur évaluation. Le document reproduit dans l'ensemble les données de Marrack Watts sans aucune référence à des méthodes empiriques ou des sources de données, ce qui constitue une faille méthodologique qui, selon les économistes Lauzon et Poirier, mine la crédibilité des arguments de Price Waterhouse[73].

Dans la même veine, en Colombie-Britannique, Marrack Watts prétend qu'il y a au Canada plusieurs exemples où la production alimentaire centralisée a maintenant fait ses preuves tant au plan qualitatif qu'au plan financier[74]. Pourtant, les consultants ne fournissent ni les détails nécessaires pour étayer leurs exemples ni une analyse comparative des avantages des différents modèles existants.

---

[72] Lauzon et Poirier, 1995, page 41; Suzanne Leduc, *Analyse de l'étude de rationalisation des services alimentaires du réseau sociosanitaire québécois* (Montréal, Confédération des Syndicats nationaux, 1995), page 45.

[73] Lauzon et Poirier, 1995, page 42.

[74] Marrrack Watts Inc., 1995, page 6.

Compte tenu de la portée et des dépenses considérables associées aux projets de services alimentaires partagés, on pourrait au moins s'attendre à trouver des documents et des références à des études de cas là où le système de production centralisée de type liaison froide a été mis en place. Dans le cadre de notre recherche, nous avons trouvé un certain nombre d'études fiables sur l'évaluation des systèmes de services alimentaires. Certes, les promoteurs de projets de restructuration des services alimentaires qui valent plusieurs millions de dollars possèdent les ressources financières nécessaires pour mener des recherches adéquates sur les risques et les avantages de la technologie des services alimentaires et des systèmes d'exploitation.

Les promoteurs des services alimentaires partagés affirment souvent qu'il y a des économies à faire en raison des économies d'échelle et de l'augmentation de la productivité. Aucune preuve n'existe à l'effet que la production alimentaire centralisée se traduira à long terme par des économies substantielles. Barbara Markham et Jonathan Lomas, chercheurs au Centre for Health Economics and Policy Analysis à l'Université McMaster, ont récemment compilé les documents existants sur les ententes signées entre plusieurs établissements de soins de santé. Selon leur rapport, il existe peu de preuves à l'effet que les fusions au Canada ou dans le cadre d'ententes entre plusieurs établissements se traduisent dans la réalité par un rendement accru[75]. Les arguments anecdotiques semblent constituer la norme parmi les tenants des services partagés et en particulier chez les consultants du secteur privé.

Il n'est pas étonnant que les firmes de consultants d'entreprises, subventionnées pour évaluer les services publics, recommandent la privatisation des services de santé morceau par morceau. Les firmes de consultants à but lucratif, telles que Marrack Watts, spécialisées dans la gestion des services alimentaires, conseillent depuis longtemps aux responsables de la planification des services de santé d'opter pour la sous-traitance. Lorsque les administrateurs des services de santé et les gouvernements se tournent vers le secteur privé, c'est-à-dire vers les firmes qui participent financièrement à l'industrie, pour obtenir un avis sur la réorganisation des services, d'ordinaire la recherche faite est biaisée; on consulte peu les usagers et le personnel et la recommandation finale est la privatisation rapide.

Pour ce qui est de la recherche et de la consultation, il est utile d'examiner les enquêtes de Nicholas Light et d'Anne Walter sur l'exploitation des services alimentaires en milieu hospitalier en Grande-Bretagne. Light et Walker ont étudié les systèmes de liaison froide utilisés dans 80 établissements de soins de santé au Royaume-Uni. Les établissements ont été départagés entre ceux qui ont réussi et ceux qui ont échoué à implanter le système de liaison froide; les éléments de mesure utilisés étaient les suivants : utilisation ou rejet de la liaison froide, niveau d'utilisation, atteinte des objectifs premiers, aptitudes à résoudre les problèmes, contrôle de la température, valeur nutritive, coûts, satisfaction du personnel et des usagers et planification future.

---

[75] Barbara Markham and Jonathan Lomas, *Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disavantages, and Lessons for Implementation* (Hamilton, Ontario : Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1995), page 11.

À partir des critères mentionnés ci-dessus, Walker et Light ont trouvé que les établissements qui ont bénéficié globalement de la liaison froide avaient d'abord suivi un processus complet de recherche de faisabilité, consulté la clientèle et le personnel et procédé à une planification stratégique. Les études de faisabilité ont soigneusement considéré les coûts, les besoins de formation, l'impact sur le personnel, les besoins de financement, les besoins technologiques, la qualité nutritive et d'autres aspects des méthodes de production des services alimentaires. En revanche, les établissements qui ont échoué dans leur tentative d'instaurer le système de liaison froide n'avaient mené qu'une étude de faisabilité limitée et avaient surtout mis l'accent sur la réduction des coûts d'exploitation[76].

Il est également intéressant de noter que les projets couronnés de succès ont utilisé des données provenant d'un grand nombre de sources différentes dont le ministère de la Santé de Grande-Bretagne, des consultants, des fabricants, des conférences, des sondages auprès de la clientèle et des documents universitaires. Les groupes qui ont échoué se sont fiés exclusivement à l'information fournie par les consultants et les fabricants[77].

Une autre conclusion qui retient l'attention est que les établissements qui ont eu du succès avaient un éventail d'objectifs au moment où ils ont implanté le système de liaison froide (l'amélioration de la qualité des aliments, le rendement optimal de la main-d'oeuvre, la réduction des coûts d'exploitation) tandis que les établissements qui ont échoué étaient motivés presqu'exclusivement par la réduction de leurs coûts d'exploitation. Avant d'aller de l'avant avec le projet, les établissements qui ont implanté le système de liaison froide avec succès ont procédé à une vaste planification pour mettre à l'essai et adapter les recettes à l'avance afin de s'assurer de la qualité des aliments. Ces établissements se sont également préparés en adaptant la technologie aux conditions locales et en fournissant à leur personnel la formation nécessaire. Les établissements qui ont échoué ont implanté le système de liaison froide sans planification adéquate et ont dû affronter les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentaient[78].

Une autre différence entre ces deux groupes dans l'étude britannique a trait à la participation du personnel et de la clientèle. Il n'est pas surprenant de constater que les groupes qui ont réussi ont fait participer le personnel dès le départ et ont demandé l'avis de la clientèle de différentes façons : par des sondages, des groupes de discussion, des conférences. Les établissements qui ont finalement rejeté le système de liaison froide ont négligé de consulter leur personnel, préférant plutôt utiliser des consultants de l'extérieur pour une étude de faisabilité, la planification et les étapes de mise en oeuvre. En fait, toute la réorganisation

---

[76] Light et Walker, 1990, pages 215 et 216.

[77] Ibid., pp. 222-225.

[78] Ibid., pp. 217-222.

des services a été menée dans l'ombre. La clientèle n'a été consultée que lorsque des problèmes sont finalement apparus[79].

Walker et Light en ont déduit que les principaux facteurs d'échec dans la réorganisation des services alimentaires sont la mauvaise planification et une évaluation inadéquate des effets. La mise en oeuvre du système a été confrontée à des problèmes à différents niveaux : les relations de travail, des équipements défectueux et le mécontentement de la clientèle pour n'en nommer que quelques-uns.

Si nous devions appliquer les indicateurs utilisés dans l'étude de Light et Walker aux projets de services alimentaires partagés dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique et à Toronto, nul doute que les administrateurs des services se sont engagés sur la voie risquée déjà suivie par certains établissements britanniques. Une recherche équilibrée et fiable fait défaut et les propositions canadiennes sont braquées sur des objectifs économiques de sorte que les projets de services alimentaires partagés pourraient vraisemblablement aboutir à un échec.

VIII. CONCLUSION

Ce document expose en partie les connaissances actuelles sur la technologie de la production alimentaire et des systèmes de gestion dans le but de provoquer une discussion de fond et de susciter des questions pertinentes à propos des nouveaux modèles de services alimentaires partagés. À certains égards, la recherche et la documentation ne manquent pas (la liaison froide et la qualité des aliments, par exemple) tandis que certains domaines ont été négligés et sont encore trop nouveaux pour être évalués (la restructuration du travail ou la production du système de commissariat). Bien que les données soient incomplètes, nul doute que la viabilité des projets de centralisation des services alimentaires mis de l'avant un peu partout au Canada doit être remise en question.

Ce document démontre que les services alimentaires partagés dans le secteur de la santé pourraient déboucher sur une escalade des coûts, une baisse de la qualité des aliments, une perte d'emplois et la déqualification du travail. Compte tenu du contexte social et économique global, cela signifie des pertes pour les économies locales et l'érosion du contrôle du secteur public sur les services de santé essentiels.

Comme il a été dit au début de ce document, derrière le modèle de services partagés se cachent des objectifs financiers et non un intérêt pour l'amélioration de la qualité des services aux malades et aux bénéficiaires dans les établissements de santé. Il est encore plus troublant de constater l'incursion de compagnies privées à but lucratif dans l'industrie de services alimentaires hospitaliers. Compte tenu des compressions budgétaires gouvernementales et de la recherche de profit qui, dans le secteur privé, se trouvent au coeur des projets de services

---

[79] Ibid., pages 303 et 304.

alimentaires partagés, les usagers de l'assurance-maladie et les travailleuses et travailleurs de la santé ainsi que leurs collectivités devraient poser certaines questions essentielles sur l'impact de ces projets sur notre système de santé publique.

Il n'existe aucune preuve à l'effet que la centralisation de la production et de la prestation des aliments produira les économies prévues dans les rapports des consultants. En fait, différents documents et l'expérience de première ligne suggèrent que les énormes investissements en capital, le gaspillage des aliments et des emballages, les besoins en transport et les coûts d'entretien et de remplacement des nouveaux équipements annuleraient toutes les économies réalisées aux dépens du personnel et à la suite de l'augmentation des cadences de travail. Il n'y a absolument aucune raison de se débarrasser du système d'exploitation des services alimentaires hospitaliers en allant jusqu'à l'élimination des cuisines à l'intérieur même des établissements pour instaurer des systèmes centralisés mal définis et coûteux.

À bien des égards, les économies que prétendent réaliser les promoteurs des services alimentaires partagés n'ont aucun fondement dans la réalité. Les nouvelles technologies de liaison froide et de liaison surgelée n'ont pas fait la preuve qu'elles détiennent, au plan financier, l'avantage sur les méthodes traditionnelles. De plus, rien ne démontre que la centralisation des tâches de production, de montage et de lavage entraîne des économies. Si ces services sont donnés en sous-traitance au secteur privé (par exemple, l'achat de produits commerciaux prêts à servir ou la privatisation de centres de production complets), les coûts risquent sûrement d'augmenter.

En plus de la ponction effectuée dans les fonds publics pour le bénéfice des entreprises à but lucratif, la privatisation sacrifierait la qualité des soins, le personnel et les économies locales au bénéfice des entreprises. Les structures administratives et les conditions de sous-traitance des projets de services alimentaires partagés menacent l'intégrité de l'administration publique de notre service de santé. L'objectif principal de la restructuration des services alimentaires doit être d'améliorer la qualité des soins et toutes les économies réalisées devraient être réinvesties dans le système de santé public.

Dans leur hâte d'implanter de nouveaux modèles globaux et mal définis, les responsables de la planification du secteur de la santé ne tiennent aucunement compte des options valides visant à améliorer les systèmes existants. Nous recommandons fortement aux responsables de la planification des services alimentaires d'examiner la possibilité de réorganiser la production alimentaire au moyen des installations existantes et la possibilité de concentrer les achats d'aliments : deux étapes concrètes à franchir dans le cadre du système actuel.

Les travailleuses et travailleuses de la santé sont tout disposés à accepter les innovations qui améliorent la qualité, l'accessibilité et le rapport coûts-avantage des services de santé. Ces modifications doivent survenir à l'intérieur du système de santé public où la qualité et l'équité sont les priorités.

Pour commencer, les administrateurs et les consultants devraient élargir le champ de leurs recherches et de leurs consultations et utiliser les connaissances et les aptitudes de personnes formées en recherche et expérimentées ainsi que des personnes qui dispensent les soins. Les syndicats de la santé sont certainement prêts à participer aux discussions et aux stratégies d'amélioration des services alimentaires dans le secteur de la santé. Il reste à voir si les responsables de la planification dans ce secteur élargiront le processus de réorganisation des services alimentaires pour permettre une participation démocratique et une discussion de fond.

DEUXIÈME PARTIE : LES SERVICES ALIMENTAIRES PARTAGÉS DANS LES PROVINCES - UN APERÇU

Il faut noter quelques limites à ces renseignements. Étant donné que les renseignements contenus dans ce document proviennent du personnel et des membres du SCFP et de la CSN, cet aperçu n'est pas complet. Il peut y avoir d'autres développements dans les hôpitaux où nous n'avons pas de membres.

Deuxièmement, les syndicats ont souvent des difficultés à obtenir l'accès aux informations avant qu'elles soient publiées. Dans certains cas, les renseignements contenus dans ce document sont tirés de documents publics (communiqués de presse, rapports de consultants, etc.). Dans d'autres, les seuls renseignements dont nous disposons sont des renseignements anecdotiques, fondés sur ce que nos membres ont entendu ou croient être le cas. Dans cette partie, les notes en bas de page permettent de distinguer ces sources et donc de vérifier l'exactitude des renseignements rapportés.

En troisième lieu, le secteur des soins de santé fait l'objet de restructurations et de changements importants ce qui risque de rendre cette partie périmée lorsque ce document sera distribué. En ce moment, à travers le pays, on discute et on prend souvent des décisions sur l'introduction de services alimentaires partagés et sur le genre de système à introduire, le tout derrière des portes closes. Par conséquent, les événements sont rapportés dans cette partie tels qu'ils se déroulent au moment d'écrire ces lignes mais ils peuvent changer en peu de temps.

COLOMBIE-BRITANNIQUE[80]

Au printemps 1995, la création d'un centre de production alimentaire partagée a été proposée pour desservir plus de 40 établissements de santé dans le sud-ouest de la Colombie-Britannique, de Richmond à Hope. Le cabinet de consultants Marrack Watts Inc. a préparé le projet.

Cette initiative a commencé en 1994, lorsqu'une poignée d'hôpitaux ont simplement tenté de développer de meilleures pratiques pour les achats d'aliments en commun. Cela a fait boule de neige pour devenir un méga projet de services alimentaires de 100 millions de dollars pour centraliser et privatiser progressivement la production et l'assemblage. Dans la phase finale du projet, 20 pour cent seulement de la production alimentaire resterait dans le secteur public et plus de 500 emplois disparaîtraient dans les services alimentaires du Syndicat des employés d'hôpitaux.

---

[80] D'après une note de service de Marcy Cohen, chercheuse au Syndicat des employés d'hôpitaux (SEH), le 19 novembre 1995; *HEU Bargaining Bulletin*, 7 mars 1995 et *HEU Backgrounder*, 7 mars 1995.

Dans les phases initiales de mise en place, les dépenses en capital prévues pour améliorer les installations de production alimentaire existantes seraient détournées des établissements individuels et seraient plutôt investies dans la production et l'entreposage centralisés des aliments et dans des applications informatiques. Avec le temps, des mets surgelés en quantité, produits dans des gros centres ou achetés dans le secteur privé seraient acheminés vers cinq centres d'assemblage et de distribution où ils seraient assemblés en formats particuliers (c'est-à-dire en plateaux-repas) et distribués aux hôpitaux et aux établissements de soins de longue durée participants, dans tout le sud-ouest et la vallée du Fraser.

ALBERTA

Edmonton

Les coupures de Ralph Klein ont durement frappé le secteur des soins de santé d'Edmonton. En 1994, Edmonton a annoncé la suppression de 950 emplois dans ce secteur[81]. Suite aux projets de restructuration annoncés par les autorités régionales de la santé, en mars 1995, 2300 autres emplois du secteur sont passés sous le couperet[82]. Plus de la moitié de tous les emplois supprimés dans les soins de santé de la province se trouvent à Edmonton. La conversion en services partagés est le dernier développement qui vient s'ajouter aux pertes d'emplois dans les hôpitaux.

La Capital Health Authority, qui couvre Edmonton, se dirige rapidement vers le partage des services pour nombre de fonctions hospitalières. Depuis la mi-septembre 1995, presque toutes les semaines on a reçu des avis pour l'établissement de services partagés. Les magasins, l'entretien ménager, la sécurité ainsi que les services de diététique et alimentaires ont été désignés pour une consolidation[83].

Le 19 octobre 1995, la Capital Health Authority a donné avis au SCFP qu'à compter du 1er novembre, les services alimentaires seraient consolidés (partagés). Les services alimentaires de l'Hôpital Royal Alexandra et des hôpitaux universitaires ont maintenant été transférés à une centrale de traitement et de livraisons des aliments appelé Patient Support Centre. L'Hôpital de réadaptation Glenrose, dont les services alimentaires sont assurés par Versa Foods, est relié par tunnel au Royal Alexandra et sera inclus à l'entente de services alimentaires partagés en août 1996.

---

81 «Leaving Bad News to the Managers» : *Globe and Mail*, 11 octobre 1994.

82 «La restructuration du secteur des soins de santé coûtera 2 300 emplois en Alberta» : *Globe and Mail*, 15 mars 1993.

83 Les renseignements sur le développement des services partagés (y compris les services alimentaires) à Edmonton proviennent d'entrevues avec Bev Buck, conseillère syndicale nationale du SCFP, le 26 octobre 1995 et le 1er mars 1996 (Conseil des syndicats hospitaliers d'Edmonton).

Une fois le service complètement implanté, les hôpitaux d'Edmonton auront un centre de production alimentaire au Patient Support Centre. L'Hôpital universitaire aura un centre d'assemblage et de distribution des repas alors que le Royal Alexandra aura trois sites pour l'assemblage et la distribution des repas. L'assemblage des plateaux-repas, le lavage des couverts et les tâches administratives de l'Hôpital Glenrose seront consolidés à l'Hôpital Royal Alexandra.

Le manque de choix est une des caractéristiques les plus critiquées pour ce qui est de la nouvelle entente de services partagés d'Edmonton. Les malades du Royal Alexandra qui sont admis pour moins de sept jours n'ont droit qu'à un seul repas standard. Les quelques malades qui sont hospitalisés pour plus de sept jours ont le choix de deux repas. Les malades qui ont des besoins diététiques spéciaux reçoivent le repas qui leur est assigné sans aucun autre choix.

Le personnel des services alimentaires du Royal Alexandra est affilié au SCFP. Le personnel de l'Hôpital universitaire et de l'Hôpital Glenrose est affilié au Syndicat de la fonction publique de l'Alberta. Les syndicats avaient négocié auparavant un accord de transfert et de fusion pour régir le déplacement des membres du SCFP et du SFPA entre les établissements.

Le passage aux services alimentaires partagés entraîne des changements importants dans le personnel. Quatre personnes membres du SCFP des services de diététique ont été congédiées au lendemain de l'annonce. La direction du Royal Alexandra a donné un avis de licenciement à 60 autres personnes employés au début mars 1996 et a réduit 16 lignes d'assemblage et de distribution à trois seulement. Des indemnités de départ ont été offertes aux personnes employées. Il semblerait qu'on éliminera 30 postes de diététistes au Glenrose. Dix-neuf nouveaux postes ont été créés dans le nouvel établissement. Pour la plupart, il s'agit de postes à temps partiel; certains pour deux heures par jour seulement.

Le SCFP a eu de grandes difficultés à obtenir, de l'employeur, des renseignements sur les nouveaux services alimentaires partagés. Conformément à la clause de la convention collective sur les changements technologiques, le SCFP a reçu un préavis de 120 jours, en bonne et due forme; mais aucun détail n'a été fourni. Le syndicat se plaint que dans la mesure où des renseignements sur les changements proposés ont été fournis, ceux-ci étaient trompeurs ou faux.

Malgré les clauses des conventions collectives interdisant la sous-traitance, le SCFP n'a pas été en mesure d'empêcher le passage à des services partagés sur ces bases. Étant donné que la consolidation des services et le transfert de personnel se font à l'intérieur de la Capital Health Authority, l'employeur fait valoir qu'il ne s'agit pas de sous-traitance au sens de la convention collective.

Calgary

À Calgary, il n'y a actuellement aucun projet d'établissement de services alimentaires partagés pour les hôpitaux, malgré l'empressement pour établir ces services à Edmonton. Il y a quelques années, une enquête a été menée et l'étude a recommandé l'établissement de services alimentaires partagés. La régie régionale de la santé a décidé de ne pas suivre la recommandation parce qu'elle ne croyait pas que cela pourrait permettre de faire des économies[84].

Soins de longue durée - Calgary

Depuis presque deux décennies, un commissariat central (centre de production alimentaire) fournit les repas aux établissements de soins de longue durée de Calgary et d'Edmonton. Vous trouverez plus bas une description de cet aménagement pour la région de Calgary[85].

Carewest est l'employeur qui couvre cinq établissements de soins de longue durée dans la région de Calgary, soit les centres centre Fanning (300 lits), Crossbow (120 lits), Boyack (200 lits), Sarsee (120 lits) et Glenmore (150 lits). La commissariat fait partie du Centre Fanning et fournit des aliments en quantité produits selon la méthode de la liaison surgelée pour quelque 1100 lits dans les cinq établissements. Il a été construit en 1978.

Il n'y a pas de personnel en diététique syndiqué au commissariat ni au Centre Fanning. Trois des quatre autres services de diététique sont syndiqués.

Le commissariat Carewest prépare et congèle (en sachets sous vide) des mets en quantité comme les soupes, les plats en cocotte, les mets cuits au four et les viandes. Les aliments surgelés sont alors acheminés vers chaque établissement, où ils sont réchauffés dans les cuisines sur place et distribués aux résidents selon deux méthodes principales. Les repas peuvent être servis à partir de tables-vapeur, dans les salles à manger sur chaque «module» (desservant environ 80 personnes). Ou encore, les aliments peuvent être assemblés sur des plateaux-repas individuels, livrés sur des chariots mobiles chaud-froid jusqu'aux étages et servis aux résidents dans des endroits comme le solarium, le salon, au chevet du lit ou dans le corridor.

Le commissariat emploie des cuisiniers plus qualifiés que ceux des établissements utilisateurs ainsi que des spécialistes en diététique. Chaque établissement utilisateur emploie du personnel de cuisine composé d'un cuisinier de niveau I, de préposés et d'aides ainsi que des spécialistes en diététique qui contrôlent les régimes des malades et qui communiquent leurs besoins en diététique à l'établissement central ainsi qu'au personnel sur place.

---

[84] Entrevue avec Len Fagnan, président de la section locale 8 du SCFP (Hôpital de Calgary), le 1er mars 1995.

[85] Entrevue avec Timon Azmier, conseiller syndical national du SCFP, bureau régional de Lethbridge, le 27 octobre 1995.

Le personnel de cuisine dans les établissements utilisateurs prépare aussi la plupart des repas froids (proposés à la place des repas chauds) et les commandes spéciales. Par exemple, les salades de fruits, les salades de légumes et les sandwichs sont préparés sur place. Les cuisines sur place traitent aussi les aliments fournis par le commissariat, par exemple pour réduire en purée la nourriture destinée aux malades qui ne peuvent pas mâcher. Le commissariat prépare la plus grande partie des aliments de la cafétéria consommés par le personnel et le public. On estime qu'environ 25 pour cent des aliments sont encore préparés sur place.

Un des éléments intéressants du commissariat de Calgary c'est que la production alimentaire a peu à peu été ramenée de la cuisine centrale aux cuisines satellites de chaque établissement. Les cuisines satellites avaient été conçues, au départ, pour réchauffer les plats mais avec les années, elles ont assumé un rôle de plus en plus grand parce qu'elles peuvent produire certains aliments plus efficacement et de meilleure qualité que la cuisine centrale[86].

Lethbridge

Le projet des consultants Marrack Watts sur les services alimentaires partagés pour la région de Vancouver indique que cette firme a récemment effectué, pour le compte de Santé Alberta, une évaluation des services alimentaires partagés dans trois hôpitaux de la région de Lethbridge. Elle procède actuellement à leur mise en place[87]. Cependant, ces renseignements ne concordent pas avec ceux fournis par le personnel du SCFP de la région. Cette divergence indique que les informations données par Marrack Watts ne sont pas exactes ou qu'on cache délibérément les renseignements sur les services alimentaires partagés dans la région de Lethbridge au personnel et aux membres du SCFP qui seront touchés[88].

Le secteur des soins de santé de la région de Lethbridge relève maintenant de la Régie régionale de la santé de Chinook qui couvre quelque dix hôpitaux. Dans la dernière ronde de négociations collectives (1995), la Régie régionale de la santé a menacé le SCFP de recourir à du personnel en diététique sous contrat à moins qu'il fasse d'autres concessions salariales. Des bruits ont couru que Marriott voulait investir 2 millions de dollars pour créer un commissariat indépendant ou pour rénover les cuisines de l'Hôpital régional de Lethbridge, le plus important de la région. D'après cette rumeur Marriott aurait reçu la garantie d'un contrat de dix ans afin de procéder avec cet investissement.

---

[86] Entrevue avec Len Fagnan, président de la section locale 8 du SCFP (Hôpital de Calgary), le 26 octobre 1995.

[87] Marrack Watts Inc., *Proposal of consulting services: Shared Food Services Systems Study* (Vancouver, 22 juin 1994), page 4.

[88] Entrevue avec Timon Azmier, conseiller syndical national du SCFP, bureau régional de Lethbridge, le 27 octobre 1995.

Ni la Régie régionale de la santé de Chinook ni aucun des hôpitaux membres ne serait prêt à fournir au SCFP la documentation sur le soi-disant projet de services alimentaires partagés. Ils ont toutefois indiqué que la centralisation des services alimentaires serait envisagée dans l'avenir.

Le syndicat a accepté de faire des concessions lors des négociations. Jusqu'à ce jour, les hôpitaux de la région de Chinook continuent d'avoir leurs propres cuisines et de préparer les repas selon la méthode traditionnelle. Toutefois, la menace d'établir des services alimentaires partagés continue de planer sur nos membres étant donné que l'employeur veut toujours y donner suite et qu'il refuse de fournir des renseignements au syndicat. La plus grande partie des achats d'aliments a été centralisée à l'Hôpital régional de Lethbridge.

SASKATCHEWAN[89]

Les services partagés sont apparus en Saskatchewan au début des années soixante-dix, avec la création de nombreuses buanderies régionales. Depuis un certain nombre d'années, les administrations de la santé canalisent leurs achats d'aliments par l'intermédiaire de Versa Corporation afin d'obtenir de meilleurs prix en achetant en quantité.

Mais dernièrement, avec l'arrivée de la régionalisation, on consolide les services de buanderie, d'entretien ménager et les services alimentaires pour desservir les hôpitaux et les centres de soins infirmiers d'une région ou d'un endroit précis. On estime que cette forme plus récente de services partagés est pratiquée dans 15 à 20 endroits dans la province.

Les longues distances qui séparent les villes dans certaines parties de la province ont mené à la création de services partagés ou d'établissements centralisés plus petits, desservant seulement les établissements de soins de santé dans le voisinage immédiat. La forme que cela prend généralement dans les services alimentaires est la création de nouveaux établissements disposant d'une plus grande capacité ou la rénovation d'un établissement existant.

Regina, le plus grand centre urbain de la province, a décidé de ne pas établir des services partagés, vu leur coût trop élevé. Un des trois hôpitaux de Regina (le Plains) fermera ses portes bientôt. Chacun des deux autres établissement aura sa propre cuisine.

Saskatoon, l'autre grand centre urbain qui compte plus d'un hôpital, est représenté par le Syndicat international des employés de services. Nous n'avons pas entendu parler de services alimentaires partagés à Saskatoon.

---

[89] Les renseignements sur la Saskatchewan sont tirés d'une entrevue avec John Welden, coordonnateur d'hôpitaux du SCFP, Saskatchewan, le 2 novembre 1995.

MANITOBA

Le 24 novembre 1994, les neuf hôpitaux urbains de Winnipeg annonçaient la création d'un nouvel organisme sans but lucratif, la Urban Shared Services Corporation, afin de rechercher des possibilités de partager quatre services de soutien en commun, soit les services alimentaires, la gestion des matériels, l'élimination des déchets biomédicaux et le service de buanderie. La Corporation doit déterminer le potentiel pour améliorer l'efficacité, réduire le double emploi et augmenter le pouvoir d'achat dans ces domaines[90].

On s'attend à ce que le transfert vers les services partagés se fasse sur une période de six ans. Les 12 à 18 premiers mois seraient consacrés à l'évaluation et à la planification des services. Les neuf hôpitaux participants sont l'Hôpital Concordia, Deer Lodge Center, Grace General Hospital, le Centre des sciences de la santé, l'Hôpital général Misericordia, le Centre de santé Riverview, l'Hôpital général de St-Boniface, l'Hôpital général Seven Oaks et l'Hôpital général Victoria.

Dans le communiqué de presse qui annonçait cette initiative, les hôpitaux affirmaient que les études ont démontré qu'ils pourraient réaliser des économies annuelles allant jusqu'à 16 millions de dollars. On y arrivera en éliminant les services en double dans chaque hôpital, en faisant des achats en quantité par l'entremise de la corporation et en réduisant les effectifs.

Actuellement, chaque hôpital a ses propres installations pour préparer les repas, acheter les denrées et les entreposer. On pourrait soit créer un nouvel établissement de préparation des repas ou en utiliser un qui existe déjà. Certains services de buanderie et d'élimination des déchets biomédicaux sont déjà partagés. On prévoit construire un nouvel établissement pour l'élimination des déchets biomédicaux.

Au moment de l'annonce, les hôpitaux de Winnipeg comptaient 1500 postes de personnel dans les quatre services devant être centralisés. On estime que 400 postes seraient touchés. On espère que le Centre provincial d'adaptation de la main-d'oeuvre des soins de santé fournira de l'aide pour traiter adéquatement des problèmes d'adaptation de la main-d'oeuvre[91].

La Corporation urbaine de services partagés a été prévue, à l'origine, comme un organisme sans but lucratif (semblable à la buanderie des hôpitaux de Winnipeg), appartenant aux hôpitaux membres et exploitée par eux. Le directeur général de la Corporation a été détaché de l'Hôpital de St-Boniface où il était vice-président adjoint. L'idée que la Corporation

---

[90] Communiqué de presse des hôpitaux de Winnipeg, *Shared-Services Project to Improve Efficiency, Reduce Duplication and Increase Buying Power for Winnipeg Hospitals (Projet de services partagés pour améliorer l'efficacité, réduire le double emploi et augmenter le pouvoir d'achat des hôpitaux de Winnipeg)*, 24 novembre 1994.

[91] Notes d'une réunion syndicale-patronale entre la section locale 1550 du SCFP et le Centre des sciences de la santé de Winnipeg, communiqué de la Corporation urbaine de services partagés, 24 novembre 1994.

devienne une entité commerciale a été soulevée depuis et la décision du gouvernement provincial de geler le financement en capital pour les hôpitaux place le secteur privé dans la position de subventionnaire des opérations de services partagés. Depuis l'annonce de la création et de l'envergure de la Corporation urbaine de services partagés, le SCFP n'a pu obtenir aucune autre information sur ce que l'on projette. Les cadres d'hôpitaux et les représentantes et représentants au Comité provincial d'adaptation de la main-d'oeuvre sont également frustrés par le manque d'information sur les projets de services partagés.

ONTARIO

Toronto

Il y a deux projets séparés pour établir des services alimentaires partagés dans la région de la Communauté urbaine de Toronto. Un des projets concerne les hôpitaux universitaires du centre-ville. Ce projet est développé conjointement avec la société Bitove, un fournisseur important de produits alimentaires qui détient le contrat des comptoirs d'aliments au Skydome de Toronto ainsi qu'à l'Aéroport international Pearson. Cette entente a été signée dans le secret et peu d'information a été fournie aux membres du SCFP qui seront touchés[92].

On en sait plus long sur le second projet, beaucoup plus important, de services alimentaires partagés pour la Communauté urbaine de Toronto. Dix-neuf hôpitaux y participeraient, dont cinq sont syndiqués au SCFP et dix autres au SIES. Les autres sont des établissements non syndiqués. On projetait de créer un partenariat public-privé entre les hôpitaux et la société Sodexho, une multinationale de l'industrie alimentaire dont le siège social est en France[93]. Le modèle proposé au départ était celui d'une société en commandite mais cela n'excluait pas pour autant la possibilité que le nouveau centre de services alimentaires partagés soit complètement privatisé dans l'avenir[94].

Le plan d'affaires de Sodexho a été mis au point le 2 novembre 1995. Au cours des trois mois qui ont suivi, chaque hôpital participant a revu le plan d'affaires à la lumière de son budget et des exigences en matière de services alimentaires. Chaque hôpital a rejeté la proposition de services partagés, citant des rendements limités par rapport à l'investissement en capital requis.

---

92 Entrevue avec Vanessa Kelly, conseillère à la recherche du SCFP (Restructuration des soins de santé en Ontario), Toronto, le 26 mai 1995.

93 *Shared Food Services Projects, Sodexho Management Services Business Case* (Toronto, 2 novembre 1995), page 15.

94 Vanessa Kelly, note de service sur le Projet de services alimentaires partagés de Toronto, 25 septembre 1995.

Le 13 février 1996, le Comité directeur recommandait que le Shared Food Services Group de dissolve formellement parce que la plupart des hôpitaux participants s'étaient retirés du projet. La correspondance officielle indique que la principale raison invoquée pour ce faire était que les avantages ne répondaient pas suffisamment aux dépenses en capital requises[95].

L'analyse de rentabilisation de Sodexho présente deux modèles de fonctionnement de services partagés : deux grands centres d'assemblage et de distribution des repas (centrales d'assemblage et de distribution) ou quatre plus petites centrales d'assemblage et de distribution. Ces centrales desserviraient les hôpitaux en fonction de leur proximité. Le rapport indique dores et déjà une préférence pour l'établissement de deux centrales d'assemblage et de distribution[96]. Dans chacune des options il est prévu que les composantes chaudes des repas seraient fournies par le secteur privé et assemblées dans les établissements centralisés[97]. La société Sodexho s'est créée des «partenaires industriels» parmi les traiteurs qui fourniraient des plats. Pour ce faire, elle s'est fondée sur l'hypothèse qu'il en coûte moins cher d'acheter en quantité que de préparer les aliments chauds soi-même[98]. Le transport pour livrer les repas assemblés aux hôpitaux utilisateurs serait assuré par un tiers[99].

Le modèle d'exploitation des services alimentaires partagés, au moyen de la méthode de liaison froide, est décrit comme suit dans l'analyse de la rentabilisation :

> «La centrale d'assemblage et de distribution fournirait aux hôpitaux participants des plateaux-repas individuels complets. Placés sur des chariots de remise en température fondés sur une technologie nouvelle, les plateaux-repas individuels sont transportés dans les camions spéciaux du transporteur choisi, déchargés à l'hôpital, entreposés dans un réfrigérateur (à $+2^0$C), modifiés pour toute commande spéciale, remis en température et servis aux malades. Les plateaux, assiettes et chariots de remise en température souillés sont retournés à la Centrale d'assemblage et de distribution pour des raisons d'hygiène.»[100]

---

95 Lettre du 20 février 1996 de R.G. Shaw, président du Groupe de travail sur les ressources humaines du Shared Food Services Group de Toronto, à Michael Hurley, président du Conseil des syndicats hospitaliers de l'Ontario, et à Ted Roscoe, président de la section locale 204 du Syndicat international des employés de services.

96 Sodexho, 1995, page 4.

97 Ibid., page 5.

98 Entrevue avec Vanessa Kelly, le 26 octobre 1995.

99 Sodexho, 1995, page 20.

100 Ibid., page 4.

Sodexho présente deux options pour le réchauffement et la livraison des aliments à chaque hôpital. La première option, plus économique, consisterait à réchauffer les repas dans les cuisines existantes[101]. La deuxième option (préférée par Sodexho) serait de réchauffer les repas dans des «centres de nutrition» séparés sur chaque étage des malades[102].

Le projet de Sodexho prévoit aussi la mise en place d'un système unique et automatisé de gestion de l'information pour gérer les approvisionnements, l'analyse du choix des menus des malades, de l'analyse du régime des malades, des bons des plateaux, les fiches d'utilisation et la comptabilité[103].

On évalue à 5 millions de dollars les dépenses de démarrage au cours des deux premières années. Ce montant ne comprend pas les 37,2 millions de dollars d'investissements en capital, au cours de ces deux années, pour la construction des établissements centralisés, les équipements, les rénovations des hôpitaux et les systèmes de livraison des repas aux hôpitaux[104].

Sodexho comptait sur d'importantes compressions des effectifs pour réaliser des économies avec le modèle de services alimentaires partagés. Le plan d'affaires recommandait l'élimination de 598 postes (en équivalents à temps complet). Ce qui représente une réduction de 43 % du personnel, des postes de première ligne pour la plupart et non des postes de direction. La nouvelle centrale d'assemblage et de distribution aurait besoin de 335 à 297 équivalents à temps complet, selon qu'on construirait deux ou quatre centres.

Hamilton[105]

À Hamilton, on discute aussi du partage des services alimentaires. La ville compte quatre hôpitaux, sans compter l'hôpital psychiatrique (Hamilton Civic, St. Joseph's, Chedoke-McMaster et St. Peter's), tous syndiqués au SCFP.

Le projet a commencé avec le Chedoke-McMaster (l'hôpital universitaire) qui a proposé, sans avoir consulté d'autres hôpitaux, un projet pour l'établissement d'un ensemble de services partagés pour la région. En réponse, l'hôpital St-Joseph et le Hamilton Civic ont décidé d'amorcer un processus de mise en commun des services alimentaires, de la gestion

---

101 Ibid., page 3.

102 Ibid., page 20.

103 Ibid., page 13.

104 Ibid., page 5.

105 Les renseignements sur Hamilton sont tirés d'une entrevue avec Dave Michor, conseiller syndical national du SCFP (Hamilton), le 24 octobre 1995.

des matériels, de l'entretien ménager et de certains services médicaux afin de renforcer leur position. Les deux hôpitaux ont créé des groupes de travail sur les différents services à être fusionnés et ils ont préparé un rapport. Ce dernier recommande la centralisation des achats et de l'entreposage pour tous les services hospitaliers, y compris les services alimentaires.

La concurrence entre l'hôpital St-Joseph et le Hamilton Civic vient compliquer la question à savoir où produire les aliments. On a alloué 1,7 millions de dollars à l'hôpital St-Joseph pour établir un système de «mise en assiettes froides», comprenant l'achat de chariots de remise en température pour les plats de liaison surgelée. Toutefois, l'hôpital Henderson souhaite avoir le contrôle de la production et de la distribution alimentaire pour l'hôpital St-Joseph et le Hamilton Civic avec la possibilité d'ajouter les autres hôpitaux de la ville à un stade ultérieur. Le Henderson n'a reçu aucune approbation pour le financement de la production alimentaire partagée.

La menace de sous-traiter la production alimentaire plane aussi sur les hôpitaux. Carmen's, un important traiteur de Hamilton, a élargi son usine de production alimentaire et a obtenu des contrats d'approvisionnement pour l'Hôtel de Ville et pour les clubs de golf de la région. On s'inquiète du fait que ses projets d'expansion comprennent l'approvisionnement des hôpitaux de la région.

Le 30 octobre 1995, les conseils d'administration du Hamilton Civic et de l'hôpital St-Joseph ont tenu une session «à huis clos» pour discuter du projet de collaboration. Les syndicats n'ont pas été admis à cette réunion. En ce moment, nous savons seulement que l'on procède dans la voie de la collaboration. Le champ d'action, l'échéancier et les répercussions prévues sur les services et le personnel des hôpitaux sont tenus secrets.

Ottawa[106]

Le premier système de services alimentaires partagés au Canada a été établi à Ottawa, en 1979, avec l'incorporation du Hospital Food Services (HFS). Six hôpitaux d'Ottawa étaient concernés : le Civic Hospital, l'Hôpital général, le Centre de santé Elisabeth Bruyère, le Royal Ottawa Healthcare Group, le Queensway Carleton et l'Hôpital Grace de l'Armée du Salut. En 1981, on a construit le commissariat alimentaire du HFS. Des produits alimentaires réfrigérés et surgelés en quantité étaient distribués aux six hôpitaux fondateurs. En plus des six premiers hôpitaux, le HFS distribue actuellement des aliments à plusieurs autres centre de soins de santé de la province.

En janvier 1992, le conseil d'administration du Hospital Food Services a commandé à la firme Marrack Watts une étude de faisabilité sur la centralisation du montage des plateaux-repas pour les malades comme moyen de réduire les coûts d'exploitation des hôpitaux,

---

[106] Les renseignements sur Ottawa sont tirés du *Report on the Shared Food Service Proposal for the Ottawa Area* de Caryn Duncan pour le compte du SEH, mai 1995.

principaux clients du HFS. Le montage centralisé des plateaux-repas a été considéré comme un moyen pour réduire les coûts de la production alimentaire, d'étendre les services et d'élargir le marché.

L'étude de Marrack Watts indiquait en conclusion qu'au cours des cinq prochaines années, le Hospital Food Services d'Ottawa pourrait plus que doubler sa production s'ils réussissent à fournir des repas à d'autres établissements de soins de santé de la région d'Ottawa.

L'étude faisait les recommandations suivantes :

- la création d'un nouveau centre d'assemblage et de distribution;
- l'utilisation, dans les hôpitaux, de plateaux-repas individuels montés à l'avance et remis en température; et
- la suppression, dans les hôpitaux, des fonctions de mise en portion des repas, du montage des plateaux et du lavage de la vaisselle.

En janvier 1993, on a demandé à Marrack Watts d'étendre leur étude de faisabilité initiale pour y inclure une analyse coûts-avantages pour deux scénarios : un pour l'approvisionnement des hôpitaux originels (2789 lits) et l'autre pour l'approvisionnement des établissements de soins de longue durée ainsi que des hôpitaux originels (3667 lits).

Marrack Watts a également recommandé d'approvisionner les établissements de soins de longue durée, affirmant que les économies seraient plus importantes avec une augmentation des ventes, un remboursement plus rapide des coûts d'immobilisations et une réduction de 137,12 postes équivalents à temps complet. L'étude précise en conclusion que le montage centralisé des plateaux-repas éliminerait le quart de l'après-midi qui, dans le système traditionnel, est chargé de la préparation du souper. L'étude affirme qu'au nouveau centre, le nouveau système permettrait de finir le montage et de réfrigérer les plateaux avec un seul quart journalier, sept jours par semaine.

On a proposé cinq options de financement pour la construction du nouvel établissement, allant de l'autofinancement à la sous-traitance au secteur privé.

Dans l'intervalle, on a créé, en juin 1993, la Hospital Shared Services (HSS) Corporation pour étudier une série de services partagés pour les hôpitaux, y compris le projet de montage centralisé des plateaux-repas.

Cette nouvelle entité, le HSS, a décidé de donner en sous-traitance au secteur privé la construction du nouveau centre. Après avoir interrogé plusieurs entreprises privées de services alimentaires, on a choisi Cara, qui dessert les transporteurs aériens. Les travaux d'élaboration d'un plan d'exploitation ont commencé avec la société Cara et le projet devait être présenté au conseil d'administration du HSS en novembre 1994.

Le conseil d'administration du HSS a rejeté la proposition d'un centre de services alimentaires parce que le plan d'exploitation élaboré par Cara implique de gros investissements en capital avec un faible potentiel d'amortissement pour les établissements membres.

Avec une baisse de 20 pour cent de plateaux-repas des malades dans la région (considéré comme étant inférieur au seuil d'efficacité pour un établissement centralisé) et d'importantes réductions des coûts réalisées par les responsables des services alimentaires des hôpitaux membres, le concept d'un centre de montage a été considéré comme «n'étant plus intéressant au plan financier»[107].

Malgré le rejet de cette proposition particulière, le rapport trimestriel du Conseil du HSS indique un désir d'examiner davantage une approche régionale pour la gestion des services alimentaires. Le SCFP n'a eu connaissance d'aucune autre proposition ultérieure.

QUÉBEC

En décembre 1993, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mandaté la firme de consultants Price Waterhouse pour étudier les services alimentaires hospitaliers afin d'identifier les possibilités de rationalisation[108] et de faire des recommandations.

Le coup d'envoi de cette étude provient de directives législatives et politiques. En 1993, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a distribué deux projets pour réaliser les coupures de personnel exigées par le projet de loi 198 (sur la réduction du personnel des organismes publics et la responsabilisation des ministres adjoints et de la haute direction des organismes publics). Même si le projet de loi 198 a été abrogé en partie, en février 1995, le Conseil du Trésor du Québec a procédé à des coupures de personnel : une réduction de 20 pour cent du personnel de supervision est prévue d'ici 1996 et de 12 pour cent pour le reste du personnel d'ici 1998[109].

Les services alimentaires dans le réseau hospitalier du Québec emploient quelque 20 000 personnes (12 000 à temps complet et 8000 à temps partiel). La part des dépenses des services alimentaires est également importante (5 pour cent de toutes les dépenses des hôpitaux ou 600 millions de dollars par année, au cours des deux dernières années). Presque tous les hôpitaux du Québec produisent et distribuent leurs propres repas de manière indépendante. Jusqu'à présent, les services partagés en matière d'alimentation se limitent à

---

107 Hospital Shared Services Corporation, *Quarterly Activity Report* (Ottawa, janvier 1995), page 1.

108 Lauzon et Poirier, pages 4 et 5.

109 Ibid., page 5.

quelques groupes qui permettent aux services alimentaires des hôpitaux d'obtenir des prix réduits pour l'achat de denrées et de fournitures[110].

Le rapport de Price Waterhouse, publié au début de 1995 au coût de 200 000 $, recommande la fusion des services alimentaires afin de produire un gros volume de repas et d'économiser sur les coûts de production et de distribution.

Le rapport de Price Waterhouse a été critiqué pour son parti pris en faveur du secteur privé, pour ses lacunes au plan méthodologique et pour ne pas avoir fourni de données quantitatives indépendantes pour étayer ses affirmations[111]. En fait, le rapport reproduit tout simplement les données fournies par Marrack Watts (le cabinet de consultants spécialisés en gestion de services alimentaires qui a aussi participé à la promotion des services alimentaires partagés dans la grande région de Vancouver et dans celle d'Ottawa). La firme Marrack Watts a beaucoup à gagner des recommandations de Price Waterhouse.

Au Québec, plusieurs des régies régionales de la santé examinent l'option des services alimentaires partagés. Dans la majorité des cas, un comité a été formé pour étudier diverses options. Les syndicats du secteur de la santé (SCFP/CUPE et CSN) n'ont pas tardé à soulever une série de questions et de critiques et ils ont commandé des études indépendantes pour contester le transfert aux services alimentaires partagés.

À Montréal, l'intérêt de la Régie régionale de la santé pour l'établissement de services alimentaires partagés a diminué en raison de la fermeture imminente de centres hospitaliers. Les dispositions sur la sécurité d'emploi des travailleuses et travailleurs hospitaliers du SCFP, qui exigent le redéploiement des personnes déplacées, pourraient ralentir l'établissement de services alimentaires partagés dans la région, qui risquerait d'éliminer plusieurs autres emplois. Toutefois, il peut y avoir un regain d'intérêt en raison des nouvelles coupures budgétaires attendues pour le printemps[112].

Malgré l'intérêt des régies régionales de la santé du Québec pour les services alimentaires partagés, on n'a pas encore pris de décision de créer de nouveaux centres à cet effet. Jusqu'à présent, la tendance au Québec a été d'aller vers un plus grand nombre d'achats d'aliments en quantité afin de réaliser des économies.

La Régie régionale de la Mauricie-Bois-Francs, aux alentours de Shawinigan, est la plus avancée dans la recherche d'une forme centralisée de services alimentaires partagés. Un rapport à cet effet est présenté dans la section précédente de ce document. En substance, le

---

110 Ibid., page 5.

111 Ibid., page 5.

112 Renseignements tirés d'entrevues avec Claude Turcotte, SCFP-Québec, le 2 novembre 1995, et avec Gilles Giguère, directeur adjoint, Montréal, le 20 novembre 1995.

comité chargé d'étudier l'établissement de nouveaux services alimentaires partagés pour la région a rejeté cette proposition comme étant non rentable et extrêmement coûteuse[113].

NOUVEAU-BRUNSWICK

Au Nouveau-Brunswick, on a créé six corporations hospitalières régionales. Au printemps dernier, le Conseil de la Région 2 (qui dessert la région de Saint-Jean) a annoncé la création d'une «super-cuisine» pour le partage des services alimentaires de la région. Nous avons eu très peu de renseignements mais il semble que la Région hospitalière n° 2 ait signé un contrat avec la Société Bitove, de Toronto, et avec les aliments Baxter du Nouveau-Brunswick pour la gestion et l'approvisionnement des services alimentaires dans les hôpitaux au moyen de la liaison froide et de la liaison surgelée. Les aliments seront transportés de l'Ontario et de divers endroits dans les Maritimes pour approvisionner les établissements de soins de santé de la Région 2.

On ne sait pas exactement le rôle que jouera chaque entreprise, soit Bitove et Baxter, pour ce qui est de l'entente de services partagés. Les quelques renseignements fournis par la Région 2 laissent entendre que Bitove «gérera, opérera et commercialisera» le système alors que la société Baxter agira comme «principal distributeur». Malgré des demandes de renseignements répétées de la part du SCFP et des médias, ni la Corporation hospitalière ni le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick n'ont donné de précisions sur le projet de services alimentaires partagés. Le processus de production alimentaire, le système de distribution, la structure opérationnelle, les coûts de capital et d'exploitation et les autres aspects du projet n'ont toujours pas été définis.

Sans aucun débat public ni un minimum de communication, la Corporation hospitalière de la Région 2 a décidé d'aller de l'avant et d'implanter son plan de services alimentaires partagés. Quarante-six postes de cuisiniers ont été éliminés et tous les postes des services diététiques ont été reclassifiés comme postes polyvalents des services généraux. On a commencé à enlever les cuisinières des établissements de la Région 2 et à acheter les chariots de réchauffement. Le nouveau système sera complètement en fonction le 1er avril 1996.

Le SCFP a lancé une campagne publique pour dévoiler les mauvaises ententes commerciales comme la sous-traitance des services alimentaires de la Région 2. Pour un gouvernement provincial qui se vante de trouver des «solutions élaborées au Nouveau-Brunswick», la sous-traitance avec une entreprise de Toronto pour l'exploitation des cuisines des hôpitaux n'est pas un projet facile à vendre. Le battage publicitaire est encore plus compliqué quand on sait que les tribunaux ont obligé la société Bitove à verser 22 millions $ en loyer dû pour ses franchises d'alimentation dans les aéroports. La société fait actuellement l'objet d'une enquête de la part de la GRC relativement à des allégations selon lesquelles Brian Mulroney

---

[113] Entrevue avec Suzanne Leduc, chercheuse à la Confédération des syndicats nationaux, le 19 octobre 1995.

aurait utilisé son influence politique pour aider John Bitove, un important collecteur de fonds du PC, à étendre le monopole de son entreprise à l'aéroport Pearson. Il semblerait que pou cacher le mauvais dossier commercial de la société Bitove, la Corporation hospitalière de la Région 2 utilise un autre nom, soit Alliance Food Systems, quand elle réfère à son entreprise conjointe avec la société Bitove.

Au cours de la première semaine de mars 1996, le SCFP a reçu confirmation que la Région 3 a également décidé de privatiser et de fusionner les services alimentaires de ses dix hôpitaux membres. À notre connaissance, la Région 3 et Versa Foods (l'entreprise privée qui gère les services alimentaires dans les hôpitaux de la région) ont invité quatre entreprises à soumissionner : Alladin, Grand Cuisine System, Galand et Burlodge. Il semblerait que la société Alladin est celle qui fournit les chariots de réchauffement aux hôpitaux d'Edmonton.

Au Nouveau-Brunswick, obtenir l'accès à des renseignements fiables sur ce qui est projeté est un problème important. Les membres des régies régionales de la santé sont nommés par le gouvernement et ils n'informent pas le SCFP ni la population sur les projets en cours.

NOUVELLE-ÉCOSSE

En ce moment, le SCFP n'a pas connaissance de projets pour des services alimentaires partagés. En Nouvelle-Écosse, on a procédé à la régionalisation des services et comme on s'attend à des fusions de services de santé, des projets de services alimentaires partagés peuvent être annoncés. De 1993 à 1995, 1250 lits d'hôpitaux ont été supprimés et quelque 1000 emplois éliminés. On prévoit supprimer 2500 autres emplois. Le gouvernement hésite à dire combien d'autres lits seront fermés[114].

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD[115]

À l'Île-du-Prince-Édouard, il y a eu quelques petits projets pour centraliser les services alimentaires dans les soins de santé, mais rien de comparable à ce que l'on trouve dans d'autres provinces. Par exemple, l'Addiction Service dans la région d'East-Kings avait l'habitude de préparer ses propres repas, mais ce service a été transféré à l'hôpital lors de la fusion des services de la santé et des services sociaux. Dans la région d'East-Prince, les aliments sont préparés dans un centre et distribués aux établissements de la région.

À Charlottetown, le centre urbain le plus important, les services alimentaires partagés ont fait l'objet d'une discussion générale. Mais à ce jour, le SCFP n'est pas au courant d'aucun

---

[114] Entrevue avec Russ Whitney, Directeur régional de la Région atlantique du SCFP, le 28 novembre 1995.

[115] Entrevue avec Bob Crockett, coordonnateur des soins de santé du SCFP, St-Jean, Terre-Neuve, le 16 octobre 1995.

projet particulier ou d'aucune étude de consultants sur la centralisation des services alimentaires.

TERRE-NEUVE[116]

À Terre-Neuve, la régionalisation des services a soulevé des discussions sur la centralisation de plusieurs services hospitaliers pour la buanderie, les achats, les fournitures, la paye et les services alimentaires. La situation géographique et l'éloignement de certaines collectivités peuvent donner lieu à des projets plus petits, comme dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard. S'il y a centralisation, les services alimentaires partagés desserviront probablement à la fois les hôpitaux et les centres de soins infirmiers de la région.

Toutefois, on discute de l'établissement d'une «super-cuisine» pour desservir la région de St-Jean. Les renseignements dont le SCFP dispose sur ce projet sont limités, puisque nous y avons perdu nos membres, en octobre 1995, quand l'Association des fonctionnaires provinciaux de Terre-Neuve (NAPE) a gagné le vote pour représenter les travailleuses et les travailleurs de la santé dans cette région.

Il semble que Marrack Watts, le cabinet de consultants pour le projet de services alimentaires partagés de Vancouver, soit également de la partie à Saint-Jean. Le rapport de Marrack Watts pour Vancouver indique que la firme a complété une analyse de l'exploitation à l'Hôpital général de St-Jean et qu'elle a élaboré un plan directeur pour appliquer ses recommandations.

[116] Entrevue avec Bob Mathews, coordonnateur des soins de santé du SCFP, Charlottetown, I.-P.-É., le 19 octobre 1995.

ANNEXE A : IMPACT SUR LA QUALITÉ DES ALIMENTS DES DIFFÉRENTS MODES DE PRODUCTION ALIMENTAIRE

Système	Sécurité	Valeur nutritive	Caractéristiques gustatives
Système traditionnel (liaison chaude)	Cuisiner est essentiellement un moyen d'assurer l'innocuité des aliments. La température interne doit atteindre 74°C. Des problèmes surviennent quand les aliments ne sont pas maintenus à des températures adéquates ou sont réfrigérés trop longtemps. Les aliments doivent être maintenus chauds à plus de 60°C pour réduire la flore bactérienne.	• Perte importante d'acide ascorbique pour les légumes maintenus à chaud pendant 30 minutes (particulièrement les pommes de terre). • Perte importante en thiamine dans la viande maintenue à chaud plus de 90 minutes.	• Varient selon les aliments. • Résultats gustatifs meilleurs que la liaison froide ou la liaison surgelée lorsque maintenu à chaud pendant 60 minutes ou moins, mais perd cet avantage si maintenu ainsi pendant 120 minutes.

Système	Sécurité	Valeur nutritive	Caractéristiques gustatives
Liaison froide	Faible différence notée dans les niveaux microbactériens en comparaison de la liaison chaude ou surgelée. Le nombre de bactéries augmente avec la durée de la réfrigération. Une remise en température adéquate détruit les bactéries (mais non les toxines produites). La liaison froide nécessite des unités spéciales de réfrigération rapide. Les normes de réfrigération exigent une baisse de la température de 60°C à 5°C en moins de quatre heures. La remise en température est essentielle et doit atteindre 74°C, conformément aux normes de la FDA des États-Unis. Les fours à micro-ondes produisent des températures internes plus stables que les fours à convection ou à conduction. **Un contrôle strict de la qualité est nécessaire pour l'innocuité des aliments.** Les processus de réfrigération lente sont dangereux. Un système efficace de contrôle des aliments est essentiel, y compris les prélèvements biologiques réguliers.	• Perte nutritive similaire aux pertes dans d'autres méthodes. • La vitamine C est la plus touchée car elle dépend essentiellement de la durée de cuisson.	• Varient largement selon les aliments, la durée et la température de réfrigération. • Après 2 jours de réfrigération, les viandes individuelles ont une texture et une odeur douteuses. Les plats préparés comme les pains de viande peuvent se conserver jusqu'à 9 jours au réfrigérateur. • Les aliments réfrigérés ne devraient pas être gardés plus de 3 jours. Les mets contenant de la viande ne sont pas acceptables après 7 jours de réfrigération et les mets à base de légumes, après 4 jours.

Système	Sécurité	Valeur nutritive	Caractéristiques gustatives
Liaison froide sous vide	Les bactérie psychotropes et anaérobies peuvent augmenter lors d'un entreposage sous vide. Les plus dangereuses sont les toxines qui causent le botulisme, une affection grave, voire mortelle. Pour réduire le risque, certaines autorités recommandent que les aliments sous vide soient entièrement précuisinés pour augmenter la température à coeur (80°C) pour environ 30 minutes. Une cuisson de ce type détruit les vitamines fragiles. Les normes de sécurité acceptables pour l'entreposage sous vide varient de 6 à 21 jours. Le contrôle des conditions d'hygiène est essentiel dans ce système. Étant donné les risques pour la santé, la méthode sous vide est strictement réglementée en Europe. Au Canada, il n'y a aucune réglementation pour régir son utilisation.	• Peu de recherches ont été faites sur l'impact de la méthode de liaison froide sous vide sur la qualité nutritive des aliments.	• Peu de recherches ont été faites sur l'impact de la méthode de liaison froide sous vide sur les caractéristiques gustatives des aliments.
Liaison surgelée	La surgélation assure l'innocuité microbiologique en autant que les aliments sont décongelés dans une chambre froide et servis dans les 24 heures de la décongélation.	• La perte nutritive se produit surtout lors de la remise en température, comme c'est le cas avec les aliments frais.	• La surgélation a un effet considérable sur les caractéristiques gustatives 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). Financée par la Fédération des affaires sociaux, CSN; Nicholas Light et Anne Walker, *Cook-Chill Catering: Technology and Management* (Londres: Elsevier Science, 1990).