

## Processus logistique : démarche qualité en restauration

Septembre 2014

Avertissement



Caractérisation générale



Planifier

Définition de la politique



Organisation interne



Mettre en œuvre

Mobilisation des équipes



Disponibilité des ressources



Effectivité de la mise en œuvre



Évaluer

Évaluation du fonctionnement du processus



Agir

Mise en place des actions d'amélioration



Pour en savoir plus





**Les présents guides sont des outils de visite à destination des experts-visiteurs de la HAS** visant à leur apporter une connaissance de la thématique à partir de laquelle ils pourront conduire leur investigation.

- Ils permettent une remise en perspective des attentes du Manuel de certification selon l'approche processus et donnent des éléments de compréhension pour maîtriser la qualité et la sécurité liées à la thématique.
- Ils précisent notamment des points d'observation permettant d'affiner le regard sur la mise en œuvre réelle au regard des organisations et dispositions prévues par l'établissement.

**Ces guides présentent parfois des modalités de mise en œuvre qui vont au-delà des exigences de la certification.** Elles visent à indiquer comment optimiser la maîtrise du processus. À ce titre, les établissements sont libres de les appliquer. Ils peuvent avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il leur appartient d'en faire état et de démontrer que les dispositions prises sont satisfaisantes pour maîtriser et/ou améliorer la qualité et la sécurité des soins.

**Les experts-visiteurs fondent leur investigation sur ces guides sans pour autant investiguer chacune des lignes de façon exhaustive ou littérale.** Ils tiennent compte des situations spécifiques rencontrées pendant leur visite pour prioriser leurs investigations sur les points essentiels.

**Ces guides seront évolutifs** et prendront en compte notamment les retours d'expérience.

Éléments d'appréciation **surlignés en vert** : exigence directement rattachée à la thématique traitée

Éléments d'appréciation **surlignés en jaune** : exigence mettant en avant des liens avec les autres guides thématiques

**Les encadrés ne préjugent pas du caractère obligatoire mais sont illustratifs.**



En établissement de santé, un nombre important de professionnels sont amenés, dans le cadre de leurs fonctions, à intervenir sur l'organisation de la prestation de restauration. Cette prestation, qu'elle soit sous-traitée ou non, participe au bien-être du patient mais contribue également à un effet thérapeutique bénéfique.

L'investigation de la thématique « **Démarche qualité en restauration** » vise à évaluer qu'à chaque étape du processus de restauration, des impératifs de qualité et d'hygiène sont recherchés afin de garantir au patient une prise en charge nutritionnelle et diététique optimale.





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

### Identification des besoins, analyse des risques



L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques pour assurer la qualité en restauration (8d E1-EA1) avec les professionnels concernés.

**Les sources de données utilisées par l'établissement** pour réaliser son analyse des risques sont identifiées.

#### Exemples de sources de données :

- l'examen de la réglementation, des rapports d'inspection ;
- les résultats des évaluations, des audits internes et externes (exemples : bilan de la dernière procédure de certification) ;
- les résultats d'analyse des indicateurs ; la satisfaction des consommateurs ; les déclarations d'événements indésirables ;
- etc.

#### L'analyse des risques/l'identification des besoins est réalisée :

- pour chaque étape du circuit de restauration ;

#### Exemples :

- la prise de commande des repas ;
- la distribution des repas ;
- l'approvisionnement ;
- le stockage des produits alimentaires ;
- l'élimination des déchets ;
- etc.



- pour les risques spécifiques liés par exemple aux produits alimentaires ;
- pour les risques génériques.

#### Exemples :

- l'informatisation du circuit de restauration ;
- l'identification du patient ;
- l'hygiène ;
- l'emploi de personnel intérimaire ;
- etc.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (8d E1- EA2).

## Identification des objectifs d'amélioration



### Politique et objectifs

Il existe une politique qualité de la restauration des patients, des accompagnants et du personnel.

Elle est validée par le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ou selon l'organisation de l'établissement par la direction et les personnes ressources en charge du processus restauration et révisée au moins annuellement.

Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité (1e E1- EA2).

Elle prévoit *a minima* :

- le recueil des préférences alimentaires du patient à son admission (6c E1- EA1) ;
- le recueil des attentes des professionnels en matière de restauration (6c E1- EA2) ;
- la définition de solutions de restauration pour les accompagnants (6c E2- EA2) ;
- la gestion des événements indésirables associés à la restauration (8f E1- EA1).

### Communication

- La politique qualité de la restauration est diffusée à l'échelle de l'établissement.
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2), ainsi que des succès obtenus.

## Identification des mesures de traitement des risques



La mise en œuvre de la politique qualité de la restauration est déclinée en un programme d'amélioration (8a E1- EA1).

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi (8a E3- EA1) :

- responsabilités pour chacune des actions ;
- planification des actions dans des délais fixés ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues des contrôles réglementaires (8c E1- EA2).

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (8a E1- EA4), dont la CRUQPC. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement (8a E1- EA2).





Pilotage



Rôles et responsabilités



Ressources



Interfaces

### Pilotage



Une organisation (structure pilote, cellule de coordination ou pilote) est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique qualité de la restauration à l'échelle de l'établissement (CLAN, pilote ou autre structure).

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

### Rôles et responsabilités



Les rôles et responsabilités sont définis pour chacun des acteurs de l'établissement en lien avec la prise en charge alimentaire.

#### Exemples :

- responsable de la restauration ;
- diététicienne(s) ;
- aides-soignantes, infirmières ;
- direction ;
- etc.





## Ressources humaines

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation (3a E1- EA1).

- Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (3a E1- EA3).
- Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

### Exemples de formation :

- l'hygiène et la sécurité alimentaire ;
- l'utilisation d'un logiciel spécifique ;
- etc.

- Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies (3b E1- EA1).

## Ressources documentaires

### Procédures

Les besoins en procédures nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation mise en place par l'établissement sur la prise en charge alimentaire sont formalisés (5c E1- EA1). Ces documents sont issus de textes de référence validés, actualisés (s'appuyant sur des recommandations, la réglementation).

Elles sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire (5c E1- EA1).

Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

## Ressources en matériel et équipements

### Locaux et circuit

Il existe un dispositif adapté d'achat, d'entretien, de maintenance et de remplacement des équipements liés à la restauration (6b E1- EA1) ainsi qu'une procédure formalisée en cas de panne/dysfonctionnement d'un matériel/équipement (6b E2- EA2).

### Système d'information et autres solutions technologiques

Une analyse des besoins en système d'information et autres solutions technologiques est réalisée, en tenant compte de l'ensemble du processus de restauration et des impératifs de cohérence et de sécurisation associés.





L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus.

**Exemples :**

- entre les différents acteurs :
  - ❖ intervenants externes, si applicable ;
  - ❖ professionnels de terrain en charge de la commande et la réception des repas ;
  - ❖ CLAN, CLIN, EOH ;
  - ❖ etc.
- entre les secteurs d'activité :
  - ❖ restauration (interne/cuisine centrale/prestataire externe...) ;
  - ❖ services de soins ;
  - ❖ service logistique, achats...





**Le management des secteurs d'activité** communique auprès des professionnels sur la politique qualité de la restauration de l'établissement.

- Il communique auprès de son équipe sur la politique, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.
- Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement :
  - chaque service ou unité a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques ;
  - il (elle) a identifié ses plans d'action et objectifs opérationnels et les met en œuvre (8a E1- EA1) ;
  - ses objectifs sont en lien avec ses moyens.
- Il s'assure de **la conformité des pratiques** aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

**Les équipes** s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

- Elles connaissent les objectifs d'amélioration de la qualité de la prestation en restauration définis au sein du service et les mesures à mettre en place pour les atteindre.
- Elles ont la possibilité de faire remonter au CLAN ou à la personne en charge de la restauration tous sujets en lien avec la qualité en restauration des patients ou des professionnels.
- Elles ont participé à l'élaboration des documents utiles à leur activité.
- Les équipes ont accès aux résultats :
  - des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E1- EA2) ;
  - des évaluations et notamment celles concernant la satisfaction des consommateurs (6c E3- EA1).
- Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.







Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles

Disponibilité des compétences



Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins.

Les professionnels en poste sont formés (3a E2- EA3).

Disponibilité des documents



Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour (5c E2- EA1, 5c E2- EA2, 5c E2- EA-3).

Disponibilité des ressources matérielles



Les ressources en matériel et équipements sont disponibles et opérationnelles dans les secteurs d'activité.





Les secteurs d'activité mettent en œuvre l'organisation définie par l'établissement en matière de restauration.

**Points à confirmer avec un traceur système ou à croiser avec les résultats d'un patient traceur.**

- Les préférences alimentaires des patients sont prises en compte (6c E2- EA1).
- Si applicable, les conditions de stockage des repas respectent les normes et réglementations en vigueur.

**Exemples de points de conformité :**

- les plats réfrigérés doivent être conservés à une température comprise entre 0° C et +4° C ;
- les plats congelés doivent être conservés à une température comprise entre - 12° C et - 18° C en fonction de la nature des aliments ;
- les plats chauds doivent être maintenus à une température supérieure à + 63° C ;
- le stockage doit permettre d'éviter tout risque de contamination croisée ;
- la protection des produits alimentaires stockés (film alimentaire, récipients fermés...) doit être assurée ;
- le nettoyage et la désinfection de l'enceinte de stockage doivent être faits en respectant les préconisations d'utilisation des produits de nettoyage et de désinfection ;
- le bon fonctionnement des enceintes et la température des produits doivent être contrôlés.

- Les conditions de distribution des produits alimentaires respectent les normes et réglementations en vigueur.

**Exemples :**

- les préparations culinaires sont consommées le jour même.

## Traçabilité

Les éléments clés du processus de restauration sont tracés dans les secteurs d'activité.

**Exemples de documents de traçabilité :**

- traçabilité de la température des enceintes de stockage ;
- traçabilité du nettoyage des enceintes de stockage ;
- traçabilité du recueil des préférences du patient ;
- traçabilité de la prise de commande prestataire ;
- etc.





À l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage (ou pilote) assure le suivi de la qualité et l'efficacité de la politique restauration.

Cette évaluation globale est réalisée (6c E3- EA1) :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

### Tableau de bord des indicateurs

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles :

- les indicateurs nationaux ;
- les indicateurs régionaux ;
- les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité (2e E1- EA1).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

**Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité en restauration est réalisé *a minima* une fois par an.**

- L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.
- Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :
  - les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
  - les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
  - les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration.
- Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

#### Exemples de bilan :

- le taux de satisfaction des patients ;
- le taux de satisfaction des professionnels ;
- le nombre d'événements indésirables liés à la restauration ;
- le suivi du plan de maintenance des équipements ;
- le taux de professionnels formés ;
- etc.





### Amélioration continue



### Communication sur les résultats

#### Amélioration continue



L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

- La politique qualité de la restauration de l'établissement est ajustée en fonction des résultats des indicateurs (2e E3- EA1) et du suivi du plan d'action associé.
- Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations (8a E3- EA3) :
  - de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints (6c E3- EA1) ;
  - des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.
- Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

#### Communication sur les résultats



Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés (2e E1- EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



#### Liste des EA des critères directement rattachés à la thématique du guide

- 6c E1- EA1
- 6c E1- EA2
- 6c E2- EA1
- 6c E2- EA2
- 6c E3- EA1

#### Liste des EA cités dans le guide mais hors critères dédiés à cette thématique

<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 2e E3- EA1</li> <li>→ 3a E1- EA1</li> <li>→ 3a E1- EA3</li> <li>→ 3a E2- EA3</li> <li>→ 3b E1- EA1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 5c E1- EA1</li> <li>→ 5c E2- EA1</li> <li>→ 5c E2- EA2</li> <li>→ 5c E2- EA3</li> <li>→ 6b E1- EA1</li> <li>→ 6b E2- EA2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 8a E1- EA1</li> <li>→ 8a E1- EA2</li> <li>→ 8a E1- EA4</li> <li>→ 8a E3- EA1</li> <li>→ 8a E3- EA3</li> <li>→ 8c E1- EA2</li> <li>→ 8d E1- EA1</li> <li>→ 8d E1- EA2</li> <li>→ 8f E1- EA1</li> </ul>
--	--	--

Indicateurs



→ [Cliquer ici pour consulter « la fiche des principaux indicateurs correspondant à la thématique »](#) (en cours de rédaction).



Toutes les publications sur la certification  
sont téléchargeables sur  
**[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

