

LA GESTION DES SOINS NUTRITIONNELS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER : UNE ÉTUDE COMPARATIVE BRÉSIL-FRANCE

Anete Araújo Sousa, Rossana Pacheco da Costa Proença

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2005/4 N° 83 | pages 28 à 33

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-4-page-28.htm>

Pour citer cet article :

Anete Araújo Sousa, Rossana Pacheco da Costa Proença, « La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier : une étude comparative Brésil-France », *Recherche en soins infirmiers* 2005/4 (N° 83), p. 28-33.
DOI 10.3917/rsi.083.0028

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

RECHERCHE

SOUSA, Anete Araújo (1)
PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa (1,2)

(1). Departamento de Nutrição.

(2). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção -PPGEP

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Departamento de Nutrição,
Campus Universitário, 88040-900 - Florianópolis – SC – Brasil.

LA GESTION DES SOINS NUTRITIONNELS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER : UNE ÉTUDE COMPARATIVE BRÉSIL-FRANCE¹

RESUMÉ

La gestion des soins nutritionnels dans le secteur hospitalier : une étude comparative Brésil-France

Cette étude conduit une analyse anthropotechnologique comparative des formes d'organisation et de gestion des soins nutritionnels dans des unités hospitalières, en France et au Brésil. Les données ont été obtenues à partir d'analyses de documents, d'entretiens semi directifs et par observation directe. Les résultats montrent des conditions de travail plus favorables pour les diététiciens français qui leur permettent de mieux relever leurs défis professionnels interne et externe, même si bien évidemment des améliorations restent possibles et souhaitables. Au Brésil, les faibles investissements tant au niveau des systèmes de santé que d'éducation et le contexte sanitaire de la population complexifient la situation des diététiciens. Cette comparaison a permis de formuler des recommandations relatives à la technologie de gestions des soins nutritionnels, aux stratégies d'interaction et d'organisation entre l'accueil clinique nutritionnel et la production des repas et enfin à la formation des diététiciens.

Mots clés : diététicien, soins nutritionnels, alimentation hospitalière, ergonomie, anthropotechnologie.

ABSTRACT

The management of nutritional care in hospital unity: comparative study Brazil-France

This study had as its proposal a comparative analysis, with the support of anthropotechnology, the management of nutritional care in hospital food and nutrition services both in Brazil and France. Data was obtained from documents, designed interviews and direct observation. The results with respect to France show that the characteristics observed offer conditions which are more favourable for dietitians. In Brazil, the low investment in health and education is even more challenging to dietitians. The recommendations to qualify the management of nutritional care were formulated in relation to the following aspects: the technology of management of nutritional care, strategies of interaction and organisation between clinical-nutritional attendance and the production of meals and background of dieticians.

Key-words: anthropotechnology, dietitian, nutritional care, hospital food and nutrition services.

¹ Les auteurs tiennent à remercier très chaleureusement le Professeur Bernard Guy-Grand, pour l'accueil et le soutien qu'il a réservé à Anete Araújo Sousa, durant son stage dans le service de Nutrition de l'Hôtel Dieu, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Cette recherche n'aurait pu être conduite sans le support financier du CAPES/Brasil (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior).

Un remerciement à Jean-Pierre Poulain qui a gentiment fait la révision du texte.

INTRODUCTION

A l'hôpital les progrès généraux de la science et de la technologie se traduisent par la mise en place de techniques et d'équipements de plus en plus sophistiqués. Mais, quelle que soit l'importance de ces avancées, c'est le travail des professionnels de santé qui détermine la qualité et l'efficacité des soins [1]. Dans ce contexte, les soins nutritionnels, qui portent sur l'évaluation de l'état nutritionnel et l'accompagnement alimentaire des patients hospitalisés, en interaction étroite avec l'équipe de soin, ne font pas exception. Pour ce faire, les diététiciens développent des actions de complexité variable, tant au niveau des services de soins que du système de restauration, qui exigent de sa part des adaptations continues. Ces implications dans plusieurs sous-ensembles du système hospitalier rendent parfois difficile l'établissement de la nécessaire relation de proximité avec les équipes concernées. La comparaison entre, d'une part, la planification des régimes et des prescriptions diététiques et, d'autre part, les repas réellement servis au patient se révèle un excellent analyseur du fonctionnement du système alimentaire [2].

Simultanément, les professionnels doivent faire face à de nouveaux défis, dus aux modifications des profils épidémiologiques, démographiques et sociaux des populations, ce qui exige la mise en place de nouvelles compétences et la reconfiguration des stratégies d'action. Pour les diététiciens du secteur hospitalier, elles ont pour conséquences de nouvelles exigences mentales et surtout cognitives. Cette étude utilise la méthodologie qualitative, dite « anthropotechnologique », pour analyser les pratiques professionnelles de la diététique dans les contextes hospitaliers français et brésiliens.

L'APPLICATION DE LA MÉTHODOLOGIE DANS LES SITUATIONS DE RÉFÉRENCE

La recherche utilise la technique de « l'étude de cas » qui est une analyse comparative détaillée de deux situations particulières. Cette option méthodologique, classique en ergonomie, permet à partir de situations de référence de produire des lois par induction. A la suite de Wisner [3], nous avons développé l'application de l'analyse anthropotechnologique aux systèmes de production alimentaire [4, 5]. Cette perspective théorique et méthodologique considère que l'origine des difficultés d'utilisation d'une technologie doit être recherchée au-delà des caractéristiques individuelles des opérateurs, en accordant de l'importance aux aspects sociaux, économiques, géographiques, historiques et anthropologiques de la situation. On comprend mieux alors pourquoi la comparaison de situations de références aussi différentes, que celles de la France et du Brésil, constitue un aspect essentiel de la méthode.

La recherche a commencé dans le service de nutrition d'un hôpital français de la région parisienne (Hôtel Dieu APHP) et s'est poursuivie dans un hôpital brésilien, de la région métropolitaine de São Paulo (Hospital das Clínicas). Ces deux situations ont fait l'objet d'une analyse approfondie des fonctions du diététicien tant au niveau de la gestion et du contrôle de la production des repas que des services de soins. Ces derniers ont été sélectionnés en fonction de la diversité des pathologies, de la durée d'hospitalisation et des caractéristiques des patients. L'analyse des situations de référence dans les deux pays utilise différentes techniques qualitatives : l'analyse des documents, les entretiens semi directifs et l'observation directe. Les données collectées rendent compte de l'environnement externe (contexte social, démographique et industriel) et de l'environnement interne (caractéristiques de l'organisation hospitalière, caractéristiques de l'unité d'alimentation et nutrition, et caractéristiques de la situation de travail). Cette recherche débouche sur des recommandations relatives à la gestion des soins nutritionnels et au travail du diététicien dans les hôpitaux.

L'ANALYSE COMPARATIVE DES SITUATIONS FRANÇAISE ET BRÉSILIENNE

L'environnement externe - Les régions métropolitaines de Paris et de São Paulo.

Les contextes sociodémographiques

Par rapport au Brésil, les caractéristiques principales du secteur de santé, en France, correspondent à celles d'un pays économiquement développé grâce à la constante croissance des investissements destinés au secteur (9,5% du PIB contre 1,71% pour le Brésil), aux dépenses hospitalières/habitant (U\$2010 contre U\$ 41) et au nombre de lits/mille habitants (9,2 lits contre 1,93 lits). Le niveau général de santé de la population française se situe parmi les meilleurs du monde. Les établissements hospitaliers sont en majorité publics, contrairement à la réalité brésilienne. D'un point de vue global les dépenses d'alimentation représentent 456 US dollars par personnes soit 17% des dépenses totales du budget des ménages, en France contre 50 US dollars soit 23% au Brésil. De plus, près de 17% de la population se trouve, dans ce pays, au-dessous du seuil de pauvreté [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Ces données permettent de situer les hôpitaux comparés dans leurs contextes sanitaires et alimentaires respectifs. Les professionnels de santé français s'occupent d'une population dont l'accès aux biens de consommation est plus important, et les conditions de vie et le niveau de scolarité plus élevés.



Au Brésil, le diététicien travaillant dans un service de soins doit faire face à un profil épidémiologique complexe, demandant des suivis nutritionnels diversifiés et des stratégies d'orientation alimentaire différenciées, en raison du bas niveau de vie et d'éducation de la population. Le diététicien impliqué dans la production des repas se trouve devant une plus grande diversité de régimes, ce qui complexifie la coordination les différentes activités et les ressources disponibles.

Le vieillissement de la population, aussi bien en France qu'au Brésil est un autre aspect à prendre en considération. Il devrait générer, dans les trois prochaines décennies, de nouveaux problèmes dans le système de santé brésilien qui semble moins bien préparé pour accueillir les personnes âgées [12].

D'autres indicateurs relatifs au modèle de la transition épidémiologique associés à l'urbanisation et l'industrialisation complètent ce tableau. Si les pathologies de dégénérescence (maladies cardio-vasculaires et cancers) sont les causes les plus fréquentes en France, au Brésil, elles cohabitent avec les maladies infectieuses et parasitaires non encore totalement maîtrisées. Parallèlement, le système de santé qui investit très peu en soins élémentaires provoque un fort déplacement de la population vers les centres urbains, en quête de services spécialisés offerts par les grands centres hospitaliers. Ces différents aspects demandent aux professionnels diététiciens une extension de leurs compétences, non seulement en raison des spécificités relatives à l'accompagnement de l'individu âgé, mais aussi à cause des demandes diversifiées et à différents niveaux de complexité sanitaire (primaire, secondaire et tertiaire) qui convergent vers le secteur hospitalier.

Un autre phénomène, commun cette fois aux deux pays, et qui met au défi les savoirs et savoirs faire des professionnels, sont les mutations des pratiques alimentaires des populations. Dans les deux pays, d'autres aspects participent à ces transformations, parmi lesquels on relève une tendance à la simplification des repas et une recherche d'aliments de préparation rapide [13, 14].

Le contexte industriel

Le contexte industriel des deux pays offre des aspects importants pour l'action des diététiciens, visant l'amélioration du service offert aux patients ; ces aspects concernent l'approvisionnement en matières premières et la diversité d'équipements de production des systèmes alimentaires.

Le niveau de développement industriel de la filière alimentaire française allège la charge de travail technique des diététiciens, non seulement en ce qui concerne la diversité de matières premières, mais également dans le domaine du contrôle « qualité », tout au long de la chaîne de production. De la même façon, les nouveaux concepts de production en restauration collective, caractérisés par l'utilisation de produits pré élaborés et l'innovation technologique des équi-

pements, gagnent visiblement du terrain dans le secteur hospitalier français. De plus, le développement d'outils logiciels interfaçant la gestion de production, la prise de commande et le suivi nutritionnel sont des apports positifs pour l'action des professionnels.

Le contexte industriel brésilien, spécialement à São Paulo, présente des aspects en évolution. La disponibilité alimentaire dans cette région ne pose pas problème. Au Brésil, les résultats positifs de l'application du cadre législatif relative aux aliments, mis en place par le Secrétariat National pour la Vigilance Sanitaire (*Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária*) et ses bureaux régionaux, commencent à se faire sentir. Cependant, il reste encore des problèmes en matière d'approvisionnement de produits semi élaborés et d'équipements notamment dans le secteur public. Certains établissements ne sont encore que partiellement informatisés, ce qui impose aux diététiciens tant des services de soins que de la production de repas, une charge de travail supplémentaire pour remplir les formulaires, les documents de planification de réquisitions et pour traiter ces informations.

L'environnement interne des unités analysées

La philosophie organisationnelle du système de soin français inclut largement la prévention. C'est ainsi que la hiérarchisation des établissements distingue les hôpitaux en fonction de la durée d'hospitalisation : court, moyen et long séjour, auquel s'ajoute l'hôpital de jour et de l'hospitalisation à domicile. En France, il existe des dispositifs permettant de faire bénéficier les personnes âgées de plus de 85 ans de ce dernier type de prise en charge. Cette organisation, d'un côté facilite le travail des diététiciens en ce qui concerne la variabilité des patients (diminution du nombre de lits, diminution de la complexité, de la spécificité des pathologies et de leurs conséquences), mais de l'autre, elle lance un nouveau défi à ces professionnels. Comment développer l'offre de soins nutritionnels à domicile ?

Au Brésil, l'organisation hospitalière reflète les conditions présentées par l'environnement externe. La situation de référence, l'hôpital de São Paulo qui est un établissement hospitalo-universitaire présente une concentration de ressources technologiques avancées et des ressources humaines spécialisées. Pour les diététiciens, ce type d'organisation exige une plus grande spécialisation en nutrition, tout particulièrement dans le cas des fonctions en service de soins. L'organisation du système de santé brésilien qui privilégie les aspects curatifs génère des contraintes sur l'activité des diététiciens en augmentant la diversité de pathologies et des états nutritionnels rencontrés. Une des conséquences de cette situation est le degré de développement de la nutrition entérale qui est en passe de devenir l'une des techniques les plus utilisées.

LA GESTION DES SOINS NUTRITIONNELS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER : UNE ÉTUDE COMPARATIVE BRÉSIL-FRANCE

Un autre aspect important est celui de la formation des professionnels étudiés. En France, le diététicien est titulaire d'un diplôme à Bac + 2, alors qu'au Brésil la formation de nutritionniste est sanctionnée par un diplôme délivré à Bac + 4 ou 5. Ce haut niveau de formation permet à ces professionnels d'assumer plus facilement les contraintes et variations de l'environnement externe (profil épidémiologique complexe, demande diversifiée, niveau de scolarité de la population et accès réduit aux biens de consommation, contexte industriel en évolution ...) et interne (structure complexe, exigences de certification, emploi du temps, multiplicité d'actions).

Caractéristiques des situations de travail

L'analyse de l'activité dans les différentes situations de travail étudiées a montré l'importance des déterminants technologiques de gestion (nouvelles matières premières, système informatisé, contextes de certification), de la variabilité des activités liées aux configurations des services de soins (contrainte temporelle en fonction du service, besoins individuels des patients...), de la nature et la variété des matières premières (différentes matières premières pour différents plats, repas et régimes), de la diversité des patients (différentes pathologies, besoins, habitudes alimentaires ...) et enfin des individuels des professionnels étudiés (expérience, temps de service, âge, perceptions, représentations ...). Face à cette variabilité, l'analyse de l'activité des situations de travail a permis l'identification des modes opératoires différents pour chaque situation, dans les deux pays.

Au delà de ces différences, le travail des diététiciennes se caractérise par la fragmentation des opérations, par une certaine imprévisibilité liée au processus de production de repas, par l'importance des communications avec différents interlocuteurs, par les déplacements excessifs, par la contrainte temporelle, par la charge mentale et cognitive liée au traitement d'informations provenant de différentes sources (personnes, formulaires, clients/patients), à la nécessité d'opérer rapidement des diagnostics et de prendre des décisions. Nous avons remarqué qu'au Brésil ces aspects sont plus forts à cause des caractéristiques de l'environnement externe.

Dans l'approche anthropotechnologique, le comportement de l'individu au travail s'inscrit dans un cadre d'analyse large, comprenant les aspects sociaux externes et internes, la technologie, l'environnement organisationnel et le contexte précis de l'activité. Comme Daniellou [15] l'a souligné, l'analyse de situations de référence permet de mettre en évidence les déterminants de l'activité et des structures qui donnent leurs significations aux actions.

RECOMMANDATIONS POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA GESTION DES SOINS NUTRITIONNELS

La technologie de gestion des soins nutritionnels [16, 17, 18]

- Le client/patient doit être le centre de réflexion des politiques de qualité alimentaire et nutritionnelle dans les institutions hospitalières. L'alimentation hospitalière, considérée comme une partie intégrante des soins hospitaliers, doit prendre en charge les fonctions nutritionnelles et hygiéniques de l'alimentation mais aussi les qualités psychosensorielles et symboliques.
- Les soins nutritionnels doivent s'inscrire dans une conception de la systématisation des différents niveaux des clients/patients, au moment de l'admission dans les unités hospitalières.
- Pour les clients/patients en risque nutritionnel, on suggère l'évaluation systématique de l'état nutritionnel ainsi qu'un suivi des consommations. Ces actions doivent permettre aux diététiciens d'évaluer la consommation alimentaire réelle des patients et l'acceptation des préparations, et le cas échéant adapter la thérapie nutritionnelle et la production des repas.
- Pour les clients/patients en risque nutritionnel, l'échange d'informations au sein de l'équipe soignante est essentiel. Cela comprend la participation à des réunions d'évaluation du travail avec les équipes de production (commission de menus, commission d'alimentation et diététique, discussion des enquêtes de satisfaction) et avec l'équipe de soins (notamment la participation aux visites des patients).
- Pour les malades n'ayant pas de risque nutritionnel l'action du diététicien peut avoir un caractère préventif et informatif. Même si les soins nutritionnels ne sont pas prioritaires pour ce type de clients, l'on peut prévoir la diffusion de recommandations sur les liens entre alimentation, nutrition et santé, mais aussi en plus d'informations sur l'unité d'alimentation et de nutrition, l'organisation et la composition des services de soins et de production des repas.
- Les unités relatives à la production des repas doivent adapter leurs structures, pour répondre aux besoins des clients à différents niveaux, en prévoyant l'organisation physique, matérielle et humaine pour la production normale, diététique et métabolique. Pour ce faire, elles pourront mettre en place des dispositifs de mesure de la qualité non seulement objective (microbiologique, physico-chimique) mais aussi de la qualité perçue par les clients/patients (dimensions psychosensorielles et symboliques de l'alimentation). Aux indicateurs classiques tels que la température, l'assaisonnement, les horaires des repas servis, le service, la présentation des mets, doivent s'ajouter des



indicateurs mesurant l'adaptation des repas aux particularités socioculturelles des malades.

- Pour favoriser la consommation il convient de prendre en compte la présentation et le contexte. Les unités d'alimentation et de nutrition doivent chercher, dans leurs projets d'organisation ou de réorganisation, à adapter les horaires de distribution des repas aux horaires de la maison. Cela exige une réflexion sur l'organisation du travail et des plannings des équipes de production de repas et du service de soins. En plus, pour prendre en charge la fonction conviviale de l'alimentation, notamment en fin de séjour, la mise en place de réfectoires collectifs pourra être envisagée.
- L'amélioration de la qualité nutritionnelle, organoleptique et hygiénique des repas inclut des actions allant de l'évaluation des matières premières jusqu'au contrôle de la préparation et de la distribution des repas. Pour faciliter la mise en place interne de cette politique de qualité, aussi bien que le développement graduel des fournisseurs externes, les critères objectifs de conformité doivent être définis par les équipes.
- Les unités de production et de soins doivent pouvoir compter sur des services d'appui pour la formation de personnel, le développement d'outils informatisés capables de réduire les activités administratives répétitives et enfin la maintenance préventive et corrective des espaces de travail, des équipements et du matériel.

L'organisation des interactions entre les soins cliniques nutritionnels et la production des repas

- L'évaluation de la qualité nutritionnelle inclut un ensemble d'indicateurs pour contrôler quotidiennement la conformité entre les prescriptions diététiques et/ou les choix du malade et ce qui lui a été réellement servi. Elle peut aussi inclure des indicateurs qualitatifs et quantitatifs tels que la présentation, la température, le poids de la préparation, la conformité des préparations aux fiches techniques. Ces données, collectées par des formulaires spécifiques, serviront pour l'évaluation de l'interaction entre services.
- Les commissions de menus mensuels : ces réunions permettent la discussion sur les formes de préparation et sur l'évaluation des conditions de réalisation des préparations. Elles restent un dispositif essentiel de partage de connaissances et d'expériences entre les professionnels engagés, et doivent avoir pour horizon la satisfaction des besoins des clients/patients et le respect des prescriptions réalisées.
- Des tests de dégustation : toutes les préparations peuvent être dégustées en petits échantillons, durant et à la fin du processus de production par un petit groupe de diététiciens et d'opérateurs. Mais ils sont surtout une technique d'évaluation des nouvelles préparations.

- Les enquêtes d'opinion ou de satisfaction : les enquêtes de satisfaction sont parmi les outils les plus importants pour l'évaluation de la qualité subjective des services offerts aux clients/patients. Elles doivent être conduites sous l'autorité conjointe des cadres diététiciens et des responsables du service de production de repas. Différents indicateurs peuvent servir de référence : la variété des menus, la présentation des mets, la température, l'emploi de condiments et leur quantité et la qualité des services. Les résultats peuvent être utilisés pour développer des groupes de réflexion, et doivent servir de référence pour la mesure de l'efficacité des actions correctives mises en place.
- Les actions auprès des clients/patients : en considérant le besoin de mettre en place des actions de prévention nutritionnelle auprès des clients/patients, on recommande l'animation de groupes de malades animés par un diététicien dans lesquels seront explorés la connaissance des aliments, y compris dans leurs relation avec la pathologie, et les formes de préparation culinaire. On recommande également chaque fois que cela sera possible, la discussion collective avec les clients/patients des services ambulatoires.

La formation des diététiciens

Si les dimensions culturelles et sociales de l'alimentation sont importantes pour un individu en bonne santé, elles le sont plus encore quand il se trouve hospitalisé. Aussi la qualité objective et subjective des repas fait-elle partie intégrante des soins offerts aux clients/patients. Une réelle prise en charge nutritionnelle et alimentaire suppose un élargissement de compétence des diététiciens. Il apparaît de la responsabilité des institutions de formation d'inclure dans les référentiels pédagogiques des contenus sur les techniques pédagogiques, sur l'animation de groupe et sur la sociologie de l'alimentation.

Compte tenu du vieillissement des populations, tant dans le contexte français que brésilien, nous suggérons un renforcement des connaissances en matière d'alimentation des personnes âgées, ceci non seulement dans ses aspects nutritionnel et sanitaire, mais aussi et surtout dans les aspects psychosensoriels (organoleptiques) et symboliques du repas.

Le renforcement des connaissances en matière d'alimentation des adolescents, en considérant sa plus grande susceptibilité aux modifications sévères dans le comportement alimentaire (simplification, substitution ou annulation des repas) devra également être envisagé.

Enfin, il conviendrait d'initier les futurs professionnels à l'utilisation des banques de données électroniques existantes sur les progrès de la diététique, l'utilisation des aliments pour la prévention de maladies dégénératives et les sciences sociales appliquées à l'alimentation.

LA GESTION DES SOINS NUTRITIONNELS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER : UNE ÉTUDE COMPARATIVE BRÉSIL-FRANCE

CONCLUSION

Les données mobilisées dans cet article ont été collectées et ont fait l'objet d'analyses descriptives par Sousa [2], cet article prolonge ce travail par une série de recommandations pour améliorer la qualité de gestion des soins nutritionnels.

Il attire l'attention des professionnels sur l'importance des dispositifs d'interaction entre la production des repas et la thérapie nutritionnelle pour développer des organisations du travail flexibles et performantes. De toute évidence, des dispositifs comme les CLAN (Comités de liaison alimentation nutrition) mis en place en France à l'initiative du rapport Guy-Grand [17], sont appelés à jouer un rôle décisif dans le décloisonnement des services concourant au succès de la fonction nutritionnelle dans les établissements hospitaliers.

Les recommandations relatives à la formation continue des diététiciens pointent la nécessité de renforcer leur aptitude en matière de psychosociologie des organisations pour créer des conditions de coopérations constructives, favoriser l'implication, l'engagement, l'interaction, l'innovation, l'échange d'expériences.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Pitta A.- Hospital: dor e morte como ofício. Editora Hucitec, 1994.

[2] SOUSA A. A. - O trabalho do nutricionista e a gestão dos cuidados nutricionais: um estudo antropotecnológico em unidades de alimentação e nutrição hospitalares. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis: UFSC, 2001.

[3] Wisner A. Anthropotechnologie: vers un monde industriel pluricentrique. Octares Éditions, 1997.

[4] Santos N., Dutra A.R.A., Fialho F.A.P., Proença R.P.C., Righi C.R. Antropotecnologia, a ergonomia dos sistemas de produção. *Gênesis*, 1997.

[5] Proença R.P.C. - Aspectos organizacionais e inovação tecnológica em processos de transferência de tecnologia: uma abordagem antropotecnológica no setor de Alimentação Coletiva. Tese (Doutorado em Engenharia).

Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis : UFSC, 1996.

[6] Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). - Tableau de L'Économie Française. Ed. 2000 – 2001. *INSEE*, 2000.

[7] Tornellier F.- Géographie de la santé en France. Presses Universitaires de France, 1999.

[8] Duriez M., Lancry P.-J., Lequet-Slama D., Sandier S. - Le Système de Santé en France. *Presses Universitaires de France*, 1996.

[9] Duriez M., Sandier S. - Le système de santé en France – organisation et fonctionnement. *CREDES*, 1994.

[10] Bonnici B. - La politique de santé en France. *Presses Universitaires de France*, 1993.

[11] BRASIL Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e toma outras medidas. Disponible: <<http://www.ms.gov.br>>. Accès: le 7/7/2001.

[12] Chaimowicz F. - A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI : problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 1997 ; **31(2)**, 184-200.

[13] Poulain J. P. - La modernité alimentaire: pathologie ou mutation sociale? *Cahier de Nutrition et de diététique* 1998 ; **33 (6)** : 351-8.

[14] Garcia R.W.D. - A comida, a dieta, o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, São Paulo : USP, 1999.

[15] Daniellou F. -Ergonomie et neurophysiologie du travail. Cours B4. *CNAM*, 1991.

[16] Ricour C. Mise en Place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Paris, 2002. Rapport.

[17] Guy-Grand B. La restauration hospitalière: rapport de mission. Paris, 1997. Rapport.

[18] Instituto Central do HCFMUSP- Divisão de Nutrição e Dietética. Manual de organização, boas práticas e de qualidade – MOBPO. São Paulo: ICHCDND, 1999.