

LA MUTUALISATION EN RESTAURATION : le cas du GIP Restauration de l'Angoumois (CH d'Angoulême et CCAS de la ville d'Angoulême)



Intervenant :
Nicolas PRENTOUT



Directeur adjoint au centre hospitalier de Vire
Référent pour le centre hospitalier d'Angoulême

LA MUTUALISATION EN RESTAURATION

- ↪ Le projet et les acteurs
- ↪ Analyse des différents aspects du projet
- ↪ Bilan d'étape

Le projet

- **Un Groupement d'intérêt public (GIP) conclu entre:**
 - ❑ le Centre Hospitalier d'Angoulême,
 - ❑ le CCAS de la ville d'Angoulême et
 - ❑ la ville d'Angoulême.

Le projet

- **La construction d'une nouvelle Unité Centrale de Production (UCP) sur le site de l'hôpital**
 - ❑ Date de prise de la décision: 2005
 - ❑ Date de choix de l'architecte: avril 2007
 - ❑ Date de la 1^{ère} pierre: 1^{er} juillet 2008
 - ❑ Inauguration et mise en service: 28 septembre 2009
 - ❑ Capacité nécessaire: 1, 1 millions de repas/an
 - ❑ Capacité maximum: 1,4 millions de repas/an
 - ❑ Coût de l'investissement: 9 millions d'€

Le projet

- **Une nouvelle UCP**
- 1,4 M de repas par an
- 50 agents mis à disposition au terme du processus (15 du CCAS et 35 du CHA)
- 2 238 m² (1 900 m² pour l'ancienne cuisine)
- 5 225 m³ de volume

Les motivations des acteurs

- **Le Centre Hospitalier d'Angoulême**
 - 1200 lits et places. CH de référence de la Charente
 - Activités: MCO, EHPAD, USLD, SSR
 - 4 sites
- **Une UCP vieillissante arrivée aux limites de ses capacités de production**
 - Capacité d'origine: 700 000 repas/j
 - Production réalisée en 2007: 900 000 repas/j (750 000 pour le CH et 125 000 pour le CCAS)
 - Existence d'un système de manutention automatique (tortues) à conserver
 - Date de construction: 1980

Les motivations des acteurs

- Un financement aléatoire en cas d'investissement isolé
- Dès 1998: recherche de mutualisations possibles de l'investissement (CHS, CCAS, Lycée, etc.)
- Abandon de l'idée de restructurer la cuisine dans ses locaux (travaux en site occupé impossibles, surface insuffisante, etc.)
- Coût estimé de l'investissement: 10 M d'€
- Une volonté de restructurer l'ensemble de la fonction restauration de l'Hôpital
- Rapatriement de la cuisine de l'EHPAD la Providence
- Fermeture de la cuisine du SSR de Monchoix

Les motivations des acteurs

- **La ville d'Angoulême**
- Un intérêt limité
- Refus de centraliser la production des repas des cantines scolaires (18 cantines)
- Refus de mutualiser la production de repas hospitaliers et scolaires
- Volonté de s'assurer d'un secours en cas d'indisponibilité d'une cantine scolaire
- Volonté d'assurer sa sécurité civile en cas d'activation d'un plan de secours
- Implication du maire titulaire d'une triple casquette

Les acteurs

- **Le Comité Communal d'Action Sociale (CCAS)**
 - Une fonction restauration centrée sur le portage de repas à domicile pour 250 personnes soit 77 000 repas/an.
 - Une fonction restauration qui assure des prestations ponctuelles (repas annuels, école de voile, centre de réinsertion, secours populaire, etc.) soit 47 000 repas/an.
- **Une UCP vieillissante et fermée d'office**
 - Date de construction: 1982
 - Fermeture ordonnée par la DSV après mise en demeure: 2002
 - Cuisiniers du CCAS rapatriés sur la cuisine de l'Hôpital qui leur est mise intégralement à disposition l'après midi.

Le choix d'investir en commun

- Entre 2002 et 2008: le CCAS travaille dans la cuisine de l'Hôpital. Une convention de mise à disposition des locaux est conclue pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction.
- Cette situation n'est pas satisfaisante:
 - Incertitude juridique
 - Incertitude pour le CCAS
 - Usure prématurée des équipements de la cuisine

Le choix d'investir en commun

- **La nécessité d'une nouvelle organisation**
- Le choix de la construction d'une nouvelle cuisine s'est vite imposée
- L'hôpital obtient le partage de coût de l'investissement avec un partenaire qu'il connaît bien
- Le CCAS devient Copropriétaire de sa cuisine et stabilise sa situation
- Le CCAS peut avoir une cuisine neuve alors qu'il n'aurait pas pu envisager construire seul une nouvelle cuisine.

Historique du projet

- **Chronologie**

- 1998 : début de la réflexion (CHA, CCAS, CHS)
- Mai 2002 : fermeture de la cuisine du CCAS, la cuisine du CHA est mise à disposition du CCAS
- Février 2005 : signature de la convention constitutive du GIP
- Avril 2007 : choix de l'architecte
- Décembre 2007 : fusion des équipes
- 1^{er} juin 2008 : transfert au GIP de la fonction restauration et mise à disposition des agents
- 1^{er} juillet 2008 : pose de la première pierre de la nouvelle UCP
- 28 septembre 2009 : mise en service de la nouvelle cuisine

Le statut juridique: le GIP

- **Le cadre juridique:**
- Une personne morale de droit public créée par une convention constitutive approuvée par le préfet du département
- Le GIP peut se composer de personnes morales de droit public ou privé.
- Le GIP peut être employeur direct. Cette solution n'a pas été retenue.
- La convention constitutive fixe le régime financier et comptable
- Règles de droit public si le GIP n'est composé que de personnes publiques.
- Règles de droit privé si la convention constitutive le décide dans les autres cas de figure.

Le statut juridique: le GIP

- Si le GIP est régit par le régime des EPA, **les prestations du GIP en faveur de ses membres ne peuvent faire l'objet d'une facturation.** Chaque membre du GIP est censé participer aux frais du GIP selon une clé de répartition à définir (nombre de repas, kilo de linge lavé, etc.). De ce fait la TVA n'est pas applicable.
- Dans un GIP à gestion publique, un comptable public doit être désigné. Les fonds sont déposés sur un compte de dépôt au trésor. Les avances de trésorerie sont interdites.
- Le GIP est constitué sans capital.
- L'objet du GIP est la mise en commun de moyens et non la réalisation de bénéfices.

Avantages et inconvénients du GIP

● Avantages du GIP

- Large capacité d'adhésion
- Possibilité d'adhésions ultérieures
- Partage des coûts d'investissement
- Durée du GIP en fonction de l'amortissement
- Fidélisation de clients
- Exonération de TVA

● Inconvénients du GIP

- Cohabitation parfois difficile entre adhérents d'horizons différents
- Lourdeur de la gestion
- Nécessité de l'accord des personnels pour être mis à disposition

Les autres possibilités juridiques

- Le GCS
- Il ne peut regrouper que des établissements de santé ou médico-sociaux. Un CCAS ou une commune ne peuvent donc pas y adhérer.
- Le GCS est:
 - de droit privé si ses membres sont tous de droit privé
 - De droit public si tous ses membres sont de droit public
 - De droit privé ou public s'il compte des membres de droit différents.
- La loi HPST a ouvertement inclus la gestion de fonctions logistiques comme but possible d'un GCS

Les autres possibilités juridiques

- **Le GIE**
- C'est une personne morale de droit privé
- Des personnes morales de droit public ou privé peuvent y adhérer
- L'objet du GIE est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres et d'en accroître le résultat.
- Le GIE est régi par le droit privé.
- Le Conseil d'Etat dans un avis de 1995 se montre très méfiant sur l'utilisation du GIE pour mutualiser des fonctions logistiques hospitalières

Les autres possibilités juridiques

- **L'association**

- Le recours à une association loi 1901 pour assurer une mutualisation d'une fonction logistique est juridiquement possible mais le juge est très méfiant d'autant que d'autres cadres juridiques plus adaptés existent.

- **L'externalisation**

- Il existe trois niveaux d'externalisation
 - L'approvisionnement (18% des EPS en 1998)
 - L'assistance technique (9 % des EPS en 1998)
 - La gestion complète (2 ou 3 cas en 1998)

Le projet architectural

- **Définition du périmètre du GIP**
- Le rôle du GIP est la production des repas
- Au niveau de la distribution des repas, la prestation du GIP s'arrête lorsque :
 - le chariot repas est installé sur la « tortue » à destination des services de l'Hôpital
 - les chariots repas sont livrés sur les sites extérieurs de l'Hôpital
 - Les plateaux repas sont livrés au domicile des personnes

Le projet architectural

- **Les montages financiers envisagés**
- Une étude du CNEH réalisée pour l'occasion a identifié 4 possibilités:
 - ↪ La construction et le financement sont assurés par le CH qui loue ensuite les locaux au GIP
 - ↪ La construction et le financement sont assurés par le GIP qui loue le terrain au CH (**solution retenue**)
 - ↪ La construction et le financement sont assurés par le GIP qui est devenu propriétaire du terrain
 - ↪ Le CH fait un bail emphytéotique hospitalier pour le financement, la construction de la cuisine et sa location au GIP

Le projet architectural

- **Le choix d'un projet architectural**
- La procédure du concours d'architecte
- L'introduction de critères HQE:
- Gestion de l'énergie (cible 4): toiture végétalisée, vitrages, panneaux solaires, récupérateurs des calories des groupes froids, choix des équipements
- Gestion des maintenances (cible 7)
- Confort hygrothermique (cible 8)

Le projet architectural

- **La participation des personnels au choix**
- Mise en place de 2 groupes de travail composés d'une quinzaine de volontaires des 2 structures et de l'encadrement
 - 1^{er} groupe: chargé d'étudier les projets pour vérifier le respect des exigences en terme d'organisation et d'espace
 - 2^{ème} groupe: chargé de vérifier les exigences architecturales et de process
 - Des restitutions en séances plénières pour finaliser un rapport d'analyse des offres transmis au jury. L'offre qui avait la préférence des utilisateurs a été finalement retenue.

Le projet architectural

- **Les choix techniques**

- Solution énergétique:

- Chaufferie centrale au gaz naturel
- Installation de capteurs solaires thermiques pour la production de l'eau chaude sanitaire
- Récupération de chaleur sur les équipements techniques de production du froid

Le projet architectural

- **Les choix techniques**

- Solution techniques:

- Mise en place de la cuisson basse température (cuisson en temps masqué lancée la nuit, elle permet des économies d'énergie et de personnel mais les qualités organoleptiques des produits peuvent être altérées).
- Mise en place d'une ligne de remplissage et de conditionnement automatique des barquettes
- Mise en place de la technique du gazé sous vide qui permet de prolonger de 4 jours la durée de vie des produits sans ajouter de conservateurs et en gardant une bonne fraîcheur visuelle du produit.

Le projet architectural

- **Les choix techniques**
- Les prestations fournies:
- La nature de la prestation n'est pas modifiée. La liaison froide reste la règle.
- Le portage de repas à domicile va passer à l'usage unique pour réduire le nombre de tournées.
- Les grilles de menu se sont rapprochées pour aboutir à une grille de menus unique pour le CH et le CCAS. Il y avait initialement beaucoup plus de références au CCAS qu'au CH.

La gestion des ressources humaines

- **La coexistence de plusieurs statuts**
- Le personnel des cuisines de l'Hôpital relève de la fonction publique hospitalière
- Le personnel des cuisines du CCAS relève de la fonction publique territoriale
- Des accords locaux délicats à harmoniser (durée de travail: 37h30 au CCAS et 38h45 au CH, nombre de RTT: 20 jours pour le CH et 8 jours pour le CCAS, pause méridienne de 30' pour le CH et de 1h30 pour le CCAS, affichage des plannings 15 jours avant au CH et 2 mois avant au CCAS, etc.)
- Harmonisation sur la base de du statut du personnel de l'hôpital

La gestion des ressources humaines

- **L'accompagnement de la fusion des équipes**
- La fusion des équipes s'est faite par anticipation en décembre 2007 pour plusieurs raisons:
 - Anticiper la fin des CAE (non renouvelés dans le cadre de la mutualisation, soit 9 contrats)
 - Habituer des équipes qui ne se voyaient pas à travailler ensemble dans l'ancienne cuisine pendant quelque temps avant d'intégrer la nouvelle cuisine et tester de nouvelles organisations de travail

La gestion des ressources humaines

- **La mise à disposition des personnels**
- Le fonctionnement en mode GIP a démarré au 1^{er} juin 2008, soit plus d'un an avant l'ouverture de la nouvelle cuisine. L'objectif était d'anticiper le non renouvellement des groupements de commande du CCAS.
- A cette date, tous les agents du CH et du CCAS ont dû choisir entre accepter ou refuser leur mise à disposition au GIP.
- Chaque agent a été préalablement reçu individuellement par le directeur des services économiques de l'hôpital (directeur du GIP) et par le directeur adjoint du CCAS.

La gestion des ressources humaines

- **Les difficultés rencontrées par la mise à disposition des personnels**
- Appréhension des personnels face à une succession de changements
- Peur de perdre leur statut de fonctionnaire de l'hôpital s'ils sont mis à disposition
- Volonté de certains agents de changer de projet professionnel
- Plusieurs refus de mise à disposition ont eu lieu:
 - Soit dans le cadre d'un nouveau projet professionnel réfléchi
 - Soit sans solution de rechange d'où des difficultés lors des reclassements dans d'autres services.

La gestion des ressources humaines

- **La restructuration simultanée de la fonction restauration des sites extérieurs de l'hôpital**
- Site de Beaulieu (EHPAD de 190 lits situé en centre ville)
 - 4 agents assurent la remise en température des plats livrés par l'hôpital et demain par le GIP. Ces agents relèvent du CH.
- Site de la Providence (EHAD de 200 lits situé en ville)
 - Avant 2009 : cuisine autonome, 9 agents, 125 000 repas/an
 - Après 2009 : 4 agents resteront pour assurer la remise en température des plats livrés par le GIP, les autres agents seront mis à disposition du GIP.

La gestion des ressources humaines

- **La restructuration simultanée de la fonction restauration des sites extérieurs de l'hôpital**
- Site de Monchoix (SSR de 63 lits situé à 30 km de l'hôpital)
 - Avant 2009 : cuisine autonome en liaison chaude, 5 agents, 50000 repas/an
 - Après 2009 : fermeture du site de Monchoix, les lits sont rapatriés sur le site de l'hôpital, les agents sont intégrés au GIP

La gestion des ressources humaines

- **Le maintien d'un secteur restauration hors du champ du GIP**

- ↪ Les cuisines de remise en température de Beaulieu et La Providence
- ↪ La cuisine de l'internat (3 agents d'hôtellerie)
- ↪ Le self du personnel (6 agents)
- ↪ L'encadrement du secteur est confié à un TSH pour 20 % de son temps de travail (Il est mis à disposition à 80% au GIP où il gère la production).

La gestion des ressources humaines

- **Le règlement intérieur du personnel**
- Élaboré en 2007
- Par un comité consultatif dont les membres sont désignés par les organisations syndicales représentatives de l'hôpital et du CCAS et par les responsables du GIP. C'est une structure informelle.

La gestion des ressources humaines

- **Le règlement intérieur**
- Les chapitres:
 - Les conditions de mise à disposition et de réintégration
 - Les garanties et obligations des agents
 - Le temps de travail
 - Les congés annuels et les jours fériés
 - Les autorisations d'absence et les facilités de service
 - Le suivi médical, les accidents de travail, les arrêts maladie et les congés maternité

Le montage financier

- **le financement par l'emprunt**
- L'investissement de 9 M d'€ se fait par l'emprunt
- Le GIP emprunte
- La durée d'existence du GIP est identique à la durée de remboursement de l'emprunt (25 ans)

Le montage financier

- **La définition d'un règlement financier**
- Élaboré en 2008 par un groupe de travail composé de représentants de l'hôpital et du CCAS. 2 chapitres :
 - Dispositions budgétaires et comptables : statut comptable de l'établissement, identité de l'ordonnateur, fixation de l'exercice budgétaire, contenu, contrôle et conditions de vote de l'EPRD, dispositions relatives à l'agent comptable, gestion des disponibilités, des immobilisations et des amortissements
 - Gestion du GIP : contribution des membres, estimation pluriannuelle de la commande des repas des membres, modalités pratiques de fixation des contribution des membres, calcul des coûts fixes et des coûts variables.

Le montage financier

- **Le calcul de répartition des coûts**
- Sujet très sensible qui a fait l'objet de longues discussions
- Avant la décision d'investir, les études préalables ont été financées à 50 % par le CH et le CCAS
- Après la création du GIP et avant la production de repas, une clé de répartition provisoire a été définie dans la convention constitutive selon l'estimation du nombre de repas:
 - 80 % centre hospitalier
 - 15 % CCAS
 - 5 % ville d'Angoulême

Le montage financier

- **Le calcul de répartition des coûts**
- la répartition des coûts s'est faite ensuite de la façon suivante :
 - ❑ **Les coûts logistiques, de transport ou de personnel qui relèvent exclusivement de l'un des membres sont affectés à ce membre.** (coût des véhicules et du personnel du portage de repas à domicile, coût du poids lourd qui amène les repas sur les sites extérieurs). Des clés de répartition théoriques peuvent être définies pour certaines de ces prestations.
 - ❑ **Le reste des coûts est réparti au nombre de repas consommés.** En 2008, la répartition était de 85,5 % pour le CH, 13.5 pour le CCAS et 1 % pour la ville.

Le montage financier

- **Le remboursement des charges du GIP**
- **Une série de conventions de mise à disposition ont été signées entre les adhérents et le GIP.** Elles concernent:
 - La mise à disposition du terrain de la future cuisine
 - La mise à disposition de la cuisine du CH entre 2008 et 2009
 - La mise à disposition des services techniques, de maintenance, de jardinage et d'entretien des véhicules
 - La mise à disposition d'équipements récupérés.
 - La revente du stock alimentaire de l'hôpital et des produits alimentaires restés dans les groupements de commandes auxquels le CH est adhérent.
 - La mise à disposition des agents

La gouvernance

- **Le conseil d'administration**

- Composition: 5 membres désignés par le CA de l'Hôpital, 3 membres désignés par le CA du CCAS et 1 membre désigné par le Conseil municipal
- Possibilité de nominations croisées: une des personnes qui siège en tant que représentant du CA de l'Hôpital est un élu municipal qui siège au CA du CCAS et la représentante de la ville au CA du GIP siège également au CA du Centre Hospitalier.
- Présidence initialement confiée au représentant de la ville
- Depuis 2008 : présidence tournante entre le directeur de l'hôpital et le représentant du CCAS. Un poste de vice-président a été créé.

La gouvernance

- **Le directeur**
- Désigné par le CA du GIP.
- Il s'agit depuis l'origine du directeur des services économiques du centre hospitalier. Il est mis à disposition du GIP pour 20 % de son temps de travail.

La gouvernance

- **Le responsable technique du GIP**
- Ingénieur
- Recruté en 2007 et dès cette date mis à disposition à 100 % du GIP.
- Chargé du suivi du projet, de la préparation des organisations de travail et du suivi des travaux. Il gère le GIP au jour le jour.

La gouvernance

- **L'encadrement technique du GIP**
- 3 techniciens supérieurs :
- L'ancien responsable de la cuisine du centre hospitalier, mis à disposition pour 80 % de son temps de travail, il supervise le secteur production. Pour les 20 % restants, il est responsable du secteur restauration restant à l'Hôpital.
- L'ancien responsable de la cuisine de la Providence est chargé de la gestion financière et du magasin.
- L'ancien responsable de la cuisine du CCAS devait être chargé de l'expédition et de la logistique, mais il n'a pas été mis à disposition du GIP. Son secteur est directement géré par le responsable technique du GIP.

La gouvernance

- **Les autres intervenants**
- L'agent comptable du GIP est par ailleurs trésorier adjoint de l'Hôpital. Il a un rôle de conseil important.
- Le directeur adjoint du CCAS est le principal interlocuteur de l'Hôpital depuis le début du dossier. Il est systématiquement tenu au courant de ce qui se passe au GIP et est invité à toutes les instances.

Les perspectives d'avenir

- **L'ouverture de la nouvelle UCP et l'organisation du déménagement**
- **La recherche d'autres adhérents (EHPAD, autres CH,...)**
- **La mise en place d'une démarche qualité**
- **La certification ISO 9001**
- **Le développement d'un pôle d'excellence pour la fourniture de repas aux personnes âgées**

Les aspects positifs du GIP

- Un partenariat étroit basé sur la confiance des partenaires
- Des interlocuteurs qui sont restés longtemps les mêmes
- Le changement politique intervenu à la mairie en 2008 n'a pas remis en cause la collaboration.
- Des perspectives d'avenir communes
- Un exemple pour d'autres GIP

Les difficultés rencontrées

- Difficulté à distinguer ce qui à toujours été lié au niveau de l'Hôpital (changement de mentalités difficile du côté de l'hôpital)
- Difficulté à admettre les conséquences du changement de statut (lourdeur des procédures pour les mensualités de remplacement, nature du travail pour les portages de repas à domicile, etc.)
- Difficulté à tracer de façon exhaustive les consommations des services
- Difficulté à mettre en place une comptabilité analytique très détaillée.
- Nécessité de gérer une structure supplémentaire (direction, instances, finances, achats, etc.)

Merci de votre attention

