



EHESP

DESSMS

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

***Comment réussir l'externalisation de la fonction
Restauration en vue d'un projet de
reconstruction en tenant compte de la
spécificité des résidents d'EHPAD ?***

Stéphane Guillevin

Remerciements

Ce mémoire est pour moi un exercice nouveau. Cela a permis de développer de nouvelles compétences et d'avoir une approche nouvelle d'un travail d'élaboration.

Je tiens donc à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail et qui m'ont apporté une aide essentielle dans mes recherches et dans l'écriture des pages qui suivent et notamment :

Madame Marie Laure ANDRE, Directrice Déléguée du CHPLR, maître de stage. Elle m'a accompagné, soutenu et éclairé dans cette démarche et dans mes futures fonctions de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Elle a su me faire partager ses valeurs humaines et professionnelles et ses méthodes de travail.

Monsieur Mickael CRETE, Ingénieur responsable du GIP Blavet Scorff. Sa contribution dans l'élaboration des scénarii de fonctionnement, sa disponibilité et ses réponses m'ont apporté une expertise indispensable.

Monsieur Alain MOURIER, responsable de l'UE Logistiques à l'EHESP, encadrant mémoire, qui par sa disponibilité et son expérience, m'a permis de réaliser cet exercice inédit pour moi.

Enfin je souhaite adresser mes remerciements particuliers à pour le temps passer à mes relecteurs : **Véronique, Hélène et Odile** pour leur aide sur l'exercice et leurs conseils pertinents et nécessaires.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le contexte à l'aube d'un projet de reconstruction.....	5
1.1 La fonction Restauration aujourd'hui au Centre Hospitalier de Port Louis-Riantec.	5
1.1.1 L'intérêt d'une cuisine centrale en interne.....	6
1.1.2 Une production de qualité, mais des difficultés relatives à la fonction hôtelière	7
1.1.3 Le Groupement d'Intérêt Public Blavet-Scorff à Caudan : une Unité Centrale de Production à proximité	9
1.2 Le projet de reconstruction du CHPLR.....	11
1.2.1 Les raisons de la reconstruction	11
1.2.2 Le programme du nouveau bâtiment	13
1.2.3 La Cuisine au sein du projet ?	16
2 Dans un contexte de mutualisation, l'externalisation de la fonction Restauration s'impose	19
2.1 Constats et limites du fonctionnement actuel.....	19
2.1.1 Aspects économiques.....	19
2.1.2 Aspects organisationnels.....	22
2.1.3 Volonté de développement et de valorisation de la fonction hôtelière	23
2.2 Hypothèses d'évolution possibles	26
2.2.1 Scénario 1 : Une prestation clé en main par le GIP.....	27
2.2.2 Scénario 2 : l'existence d'une cuisine relais bénéficiant d'une mise en assiette	30
2.2.3 Scénario 3 : chaque office d'étage est dimensionné pour les petites préparations et la mise en assiette.....	31
2.2.4 Scénario 4 : l'existence d'une cuisine relais réservé à certaines préparations et au self.....	33
3 L'optimisation de la fonction Restauration dans le cadre d'une intégration au GIP passe par une démarche de changement au sein de l'établissement	35

3.1	Pourquoi le scénario 4 est-il retenu par la Direction ?.....	35
3.1.1	Les axes d'amélioration du scénario retenu	35
3.1.2	La qualité des repas doit être maintenue notamment pour le projet de vie individualisé des résidents.....	36
3.2	L'établissement doit entrer dans une dynamique de projet collective	37
3.2.1	La planification pluriannuelle du transfert de la fonction Restauration	37
3.2.2	La gestion par la Direction des questions sociales	38
3.2.3	Un projet qui doit intégrer les personnels des services et les usagers.....	40
	Conclusion.....	43
	Bibliographie	45
	Liste des annexes	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-soignante
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
ATIH :	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CHBS :	Centre Hospitalier de Bretagne Sud
CHPLR :	Centre Hospitalier de Port Louis Riantec
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CHSCT :	Commission d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CLAN :	Commission de Liaison Alimentation Nutrition
CLD :	Congé Longue Durée
COFIL :	Comité de PLOtage
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
CVS :	Conseil de Vie Sociale
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
HACCP:	Hazard Analysis Critical Control Point
HAS:	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC :	Indice de Masse Corporelle
MEAH :	Mission d'Expertise et d'Audits Hospitaliers
PNNS :	Programme Nationale Nutrition Santé
PRS :	Plan Régional de Santé
SDO :	Surface Dans Œuvre
SILGOM :	Syndicat Inter hospitalier Logistique Golfe du Morbihan
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SU :	Surface Utile

Introduction

Au 31/12/2011, en France, l'offre pour l'accueil des personnes âgées dépendantes représentait environ 10 500 établissements pour une capacité cumulée de 720 500 lits et places installés¹. Le vieillissement de la population et l'entrée retardée en institution des résidents porteurs de dépendances placent ces structures devant des responsabilités fortes avec en particulier un rôle essentiel dans la fonction Restauration.

Les repas représentent pour les personnes hébergées, d'une part des moments clés du déroulement de leur journée en institution et d'autre part, ils sont des composants fondamentaux de leur prise en charge sur le plan soignant. Ils rentrent notamment dans le cadre des axes de prévention de la dénutrition et de la déshydratation. Une attention quotidienne doit donc être apportée par l'ensemble des équipes en EHPAD.

La question de la qualité dans le secteur médico-social est devenue prégnante avec la mise en œuvre des démarches d'évaluation (interne et externe) avec l'élaboration de référentiels par l'ANESM. L'Agence insiste notamment sur l'aménagement des espaces dédiés au repas et faire des repas un moment privilégié². Les enjeux pour les EHPAD sont donc capitaux au regard des attentes du référentiel et d'une prise en charge de qualité.

Ainsi, offrir une prestation alimentaire de grande qualité répond aux attentes des résidents dans leur prise en charge mais également aux exigences de l'évaluation. Par ailleurs, il est reconnu que la perception de la qualité est principalement fondée sur l'environnement et seulement pour une part marginale sur le contenu comme le précise une étude réalisée en 2011 « qui révèle les clés de la qualité perçue par les personnes âgées concernant leur alimentation : le contenu de l'assiette en lui-même représente 20 % de ce qu'ils perçoivent, tandis que l'environnement compte pour 80 % : 40 % pour l'environnement proche (assiettes, couverts, nappes, verres...) et 40 % pour l'environnement plus large (climat, espace, luminosité, calme, savoir-faire et savoir-être des professionnels de distribution...) »³.

Il convient donc d'envisager la fonction Restauration au-delà de la simple préparation et de proposer une prestation de service hôtelier de qualité. En effet la qualité des repas est un des facteurs essentiels pour un vieillissement qui apporte incontestablement un confort de vie.

¹ DRESS, Statistiques EHPA au 31/12/2011

² ANESM, Qualité de vie en Ehpads (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne

³ Techniques Hospitalières, Mai-Juin 2011 : une étude.

Par ailleurs, la question financière se pose pour les résidents et leurs familles. En effet, le prix de journée Hébergement est souvent élevé. La facture mensuelle atteint dans de nombreux établissements les 2 000 €. Ce niveau de tarification aboutit à une exigence de plus en plus forte de la part des payeurs au regard de la qualité des prestations servies. Sur un tarif journalier avoisinant les 60 €, la part de la fonction Restauration est sensible, approchant les 25% de l'ensemble. Il convient donc aux décideurs de combiner un niveau de qualité élevé et une optimisation des coûts de production des repas.

La qualité du repas ne repose pas uniquement sur le choix des fournitures et sa confection mais il faut également y associer la fonction du service en salle à manger et en chambre dans le cas des résidents ne pouvant se rendre en salle collective. Les personnels en charge de cette fonction doivent donc être sensibilisés aux bonnes pratiques et ces valeurs doivent être partagées mais également être une volonté forte de l'institution.

L'établissement dans lequel se déroule mon stage de professionnalisation est installé sur deux sites (Port Louis et Rianteq). Il bénéficie d'une cuisine centrale basée sur Rianteq. Un projet de reconstruction immobilière est en cours depuis l'année dernière avec un objectif de construction d'un bâtiment regroupant les services sur ce seul site. Dans le cadre des mutualisations et d'optimisation économique, le projet intègre le transfert de la fonction Restauration à l'unité centrale de production du Groupement d'Intérêt Public Blavet-Scorff basée à Caudan. Ce mémoire portera donc sur la démarche de changement et ses impacts pour les résidents et les personnels.

Les 4 axes qui justifient le choix de ce sujet sont les suivants :

- La place incontournable du repas dans la journée du résident en tenant compte de son projet de vie personnalisé ;
- Le développement des pratiques professionnelles autour de la fonction Restauration au sein des unités ;
- L'engagement dans une démarche de changement pour d'une part les personnels de la cuisine centrale et d'autre part pour les personnels des services d'hébergement ;
- L'aspect économique avec une optimisation des coûts de revient au regard du poids des dépenses d'alimentation sur le prix de journée.

Ces questionnements déterminent le socle de ce travail qui est principalement basé sur une méthodologie de terrain et une confrontation avec les acteurs concernés. La démarche retenue consiste :

- A des entretiens semi directifs avec des agents de la cuisine centrale de Riantec ;
- A des entretiens semi directifs avec les personnels des services et - certains résidents ;
- A la participation aux réunions - du groupe de travail mis- en place par la Direction ;
- A des visites ciblées de l'unité de production de Caudan et dans les services d'hébergement à l'heure du service ;

La compilation des informations ainsi recueillies me permet d'avoir une vision d'ensemble du sujet abordé, de pouvoir développer une véritable démarche de projet et d'aborder le positionnement du directeur dans les choix stratégiques pour son établissement.

Dans une première partie, j'aborderai la situation actuelle au Centre Hospitalier de Port Louis-Riantec avec la définition des éléments de contexte internes et également l'existence dans une zone géographique relativement proche d'une unité de production pouvant intégrer la production annuelle du CHPLR.

La seconde partie évoquera les limites du fonctionnement actuel au travers des aspects économiques et organisationnels et proposera quatre scénarii pouvant s'appliquer dans le futur bâtiment avec notamment les dimensionnements d'équipes sur place et leurs activités. Enfin, dans la troisième et dernière partie, je proposerai en me projetant sur mes fonctions de futur directeur, le choix d'un scénario et la démarche projet qu'il convient d'envisager sur les prochaines années - jusqu'à l'ouverture du nouveau site⁴.

⁴ Validation du projet de reconstruction par le Département du Morbihan en date du 17 juin et de l'ARS Bretagne en date du 21 juillet 2016.

1 Le contexte à l'aube d'un projet de reconstruction.

1.1 La fonction Restauration aujourd'hui au Centre Hospitalier de Port Louis-Riantec.

Le Centre Hospitalier Port Louis-Riantec est un établissement de proximité situé à 16 kilomètres de Lorient. Il fait partie du territoire de santé n°3 et prend en charge la population de la partie Est de ce secteur.

Cet établissement propose une offre de soins diversifiée d'une capacité total de 293 lits et places :

- 10 lits de Médecine
- 40 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (dont 5 à orientation de Soins Palliatifs)
- 30 lits de Soins de Longue Durée
- 163 lits d'EHPAD (dont 6 en Hébergement temporaire)
- 50 places de SSIAD

Depuis septembre 2013, il est en direction commune avec l'établissement de référence du territoire de santé, le Centre Hospitalier de Bretagne Sud, basé à Lorient. La convention porte essentiellement sur les fonctions de direction et seule, la Direction des Travaux participe activement au projet de reconstruction. Actuellement, les autres directions fonctionnelles du CHBS ne sont pas sollicitées pour le fonctionnement du CHPLR.

Ce centre est également intégré depuis le mois de février 2014 à la Communauté Hospitalière de Territoire avec les centres hospitaliers de Lorient, Quimperlé, Le Faouët et l'EPSM de Caudan.

Depuis le mois de janvier 2016 et la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé, les travaux préfigurateurs au GHT ont été engagés et ont abouti à la convention constitutive du Groupe Hospitalier Sud Bretagne avec les mêmes établissements. Cette convention a été transmise à l'ARS Bretagne le 30 juin 2016. L'arrêté délimitant le périmètre du GHT et son établissement support, signé par le Directeur Général a été reçu par les établissements parties du GHT le 4 juillet 2016 et approuvée par celui-ci le 24 août 2016.

Le Centre Hospitalier de Port Louis est donc un élément essentiel au maillage du territoire de santé n°3 en raison de son offre de proximité pour la population.

1.1.1 L'intérêt d'une cuisine centrale en interne

Actuellement, les repas sont produits par la cuisine centrale de l'établissement basée sur le site de Riantec au service des personnes âgées du canton lors de leurs hospitalisations, de leur hébergement ou à leur domicile pour les bénéficiaires du portage à domicile.

Cette production est réalisée pour :

- Les services de l'établissement aussi bien les unités sanitaires que les secteurs d'hébergement ;
- Le portage de repas à domicile de l'ex-canton⁵
- Le centre de jour de 12 places basé à Port Louis et rattaché à l'EPSM de Caudan.

Par ailleurs, la fourniture de repas est proposée aux personnels de l'établissement mais cette prestation ne bénéficie pas d'un succès évident. La cause principale est liée aux modalités de fonctionnement. En effet, il faut acheter auprès des services économiques des tickets repas (soit par composante, soit pour un repas complet) et réserver son repas la veille auprès de la cuisine. Un self pour le personnel serait donc particulièrement apprécié en termes de commodités pour les professionnels.

Il existe une salle de restaurant sur chaque site mais les agents choisissent principalement d'apporter leur propre nourriture.

A l'examen des trois derniers exercices clos, nous notons un tassement de la production de repas.

Pour les services de l'hôpital la détermination du nombre de repas est basée sur le nombre de journées réalisées. Pour les autres secteurs, il existe un relevé exhaustif des quantités produites et livrées.

Nous pouvons constater les évolutions suivantes :

- Forte baisse en EHPAD (- 2.28%) corrélative à un taux d'occupation inférieur aux prévisions annuelles. Il est resté jusqu'à 10 lits vacants sur les secteurs d'hébergement. Malgré une liste d'attente importante, les conditions d'accueil freinent certaines admissions.
- Pour le portage à domicile, le nombre de bénéficiaires fluctue entre 79 et 82 selon les années avec une baisse sensible en 2015 (- 8.67%). Le prix de la prestation constitue la principale explication de cette évolution.

⁵ Le périmètre des cantons a été révisé dans le cadre de la mise en œuvre des élections départementales.

Production de repas par secteur des trois derniers exercices

Services	2013	2014	2015
Médecine			4 934
SSR	29 148	25 558	19 214
SLD	20 888	20 524	21 214
EHPAD	110 952	111 878	109 374
Portage	28 951	29 995	27 394
Personnels	265	1 062	3 911
Centre de Jour Port Louis	2 208	2 047	2 443
TOTAL	190 204 Soit 521/j	191 064 Soit 523/j	188 484 Soit 516/j

1.1.2 Une production de qualité, mais des difficultés relatives à la fonction hôtelière

La fonction Restauration dans un établissement de santé dépasse le cadre strict de la production du repas et les agents de la cuisine centrale ne doivent pas être les seuls concernés par cette fonction.

A Port Louis, comme dans la plupart des ex-hôpitaux locaux, le secteur Hébergement représente la grande majorité des unités de l'établissement. Une attention particulière doit être apportée à l'alimentation et à la nutrition des personnes âgées hébergées.

Contrairement aux personnes accueillies dans les services relevant du sanitaire, la durée moyenne du séjour en EHPAD et en SLD avoisine les deux ans et demi⁶. Cette particularité explique les axes inclus dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale - médico-sociale et la mise en œuvre des outils de prise en charge des résidents « Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. »⁷.

⁶ Extrait du rapport de la DREES « 693 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2011 » publié en décembre 2014

⁷ Article 8 de la loi du 2 janvier 2002

Chaque résident doit bénéficier d'un projet d'accompagnement individualisé tenant compte de son histoire de vie, de ses habitudes d'activité, de ses habitudes alimentaires. La présence d'une diététicienne (0.75 ETP) salariée sur site permet à chaque résident de bénéficier d'un suivi nutritionnel permanent. Les régimes personnalisés sont inscrits dans le dossier médical informatisé OSIRIS⁸ et font l'objet d'actualisation aussi souvent que nécessaire par le médecin référent et la diététicienne. Par ailleurs, les résidents en EHPAD sont accueillis de plus en plus tardivement, - la moyenne d'âge est de 84 ans et 5 mois en 2011. La prise en charge notamment sur le plan nutritionnel doit donc faire l'objet d'une implication notable en tenant compte des recommandations sur le sujet⁹.

En EHPAD, le moment du repas revêt un caractère particulier. Il doit être une source de plaisir pour la personne âgée car souvent son état de dépendance ne lui permet plus d'avoir des activités individuelles et/ou collectives. Afin de progresser dans cette prise en charge, la direction a décidé d'engager depuis l'année 2015 des actions de formation à l'intention des personnels de la cuisine et des services d'hébergement sur le « manger main ». Ces actions ont pour vocation de renforcer l'autonomie des résidents par l'abandon des couverts lors des repas. Ces formations permettent notamment la mise en œuvre de nouvelles recettes afin de réaliser des plats qui pourront être mangés avec les doigts. Ce concept permet d'intégrer les équipes soignantes à la création des repas et pas seulement au service. Par ailleurs, le taux de résidents dénutris a diminué, passant de 50% à 13% selon une étude de 2013.¹⁰

Le repas constitue aussi un axe fondamental dans l'animation au sein d'un établissement pour personnes âgées. Les repas à thèmes, les anniversaires permettent la participation des résidents à des ateliers de préparation. Au travers des divers entretiens, nous constatons l'attachement fort que portent les résidents à ces moments de convivialité. Dans une grande majorité, les résidents ont le sentiment d'un « retour à la maison » par le biais des repas à thème et notamment les menus privilégiant les produits de la mer.

Sur le CHPLR, la fonction Restauration dans son ensemble participe grandement à l'ensemble des actions évoquées plus haut. En effet, le programme d'animation intègre des repas à thèmes et la célébration des anniversaires. Les résidents autonomes et dépendants participent à ces manifestations avec engouement.

⁸ OSIRIS : logiciel de dossier de patient informatisé utilisé au CHPLR.

⁹ Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux

¹⁰ Extrait du site Maisons de Retraites Article du 20 mars 2014 : « A l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) Notre-Dame de Puyraveau, à Champdeniers (Deux-Sèvres), **le taux de résidents dénutris est passé grâce à cette formule de 50% en 2007 à 13% en 2013.** »

Malgré tous ces éléments positifs dans la prise en charge, il existe des dysfonctionnements notamment au niveau des services. La qualité de la production des repas de la cuisine centrale semble reconnue, par exemple lors des repas servis au cours des formations, mais d'autres facteurs viennent troubler l'image de la restauration au CHPLR. Il est souvent constaté que la qualité perçue est principalement liée à l'environnement du repas, au choix du décor de table, à la qualité du service, à la disposition des tables dans la salle de restaurant ou à la luminosité de la pièce.

Sur ces aspects d'environnement qui représentent 80% de la qualité perçue par le résident, les services d'EHPAD ne présentent pas un bilan très positif. En effet, nous constatons que les salles de restaurant ne sont pas très conviviales notamment en raison de la disposition des tables qui répondent plus à des questions d'ordre pratiques qu'esthétiques. Il conviendra d'y attacher une attention particulière lors de l'élaboration du futur bâtiment en privilégiant des équipements adaptés et esthétiques.

Enfin, les professionnels ont tendance à ne pas prêter une vigilance aigüe dans leur approche de la prestation. Régulièrement, nous notons une attention peu personnalisée aux résidents et peu de délicatesse dans la présentation de l'assiette. Au travers du nouveau projet d'établissement et notamment du projet de gestion, la direction a engagé un projet de mise en œuvre d'une prestation hôtelière réelle avec la création d'une équipe d'agents spécifiquement affectés à ces missions et servant de relais avec les équipes de la cuisine qu'elle que soit leur fournisseur (cuisine interne ou GIP).

1.1.3 Le Groupement d'Intérêt Public Blavet-Scorff à Caudan : une Unité Centrale de Production à proximité

Avant d'aborder la restructuration de l'établissement et donc l'avenir de la fonction Restauration, il convient d'évoquer l'existence sur le territoire d'un acteur primordial dans les choix faits par la direction.

En 2005, le CHBS et l'EPSM Charcot décident de lancer un projet de regroupement de leurs cuisines centrales sur un seul site. Une étude avait été réalisée par le Centre National d'Etudes Hospitalières sur les modalités juridiques de cette coopération. Le CNEH prônait la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire mais il restait des interrogations sur le plan fiscal et l'application possible de la TVA sur les repas vendus.

Une autre étude fut alors conduite par le Directeur des Services Economiques du CHBS pour la mise en œuvre d'un Groupement d'Intérêt Public.

Le résultat de l'étude permettait la résolution de l'équation fiscale et fut donc retenue par les directions des deux établissements.

La rédaction de la convention constitutive du GIP fut réalisée en interne par les deux directions des services économiques en s'inspirant de conventions de GIP existants.

Cette convention a été validée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne à la fin de l'année 2006. Le numéro d'inscription au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), qui fixe la date de naissance de l'entité juridique, obtenu le 11 décembre 2006. La première assemblée générale eut lieu le 3 mars 2007 avec comme premières décisions l'élection du Président et du Vice-Président et la désignation du Directeur. Dans un souci de partage, les deux premiers postes furent attribués à l'EPSM de Caudan et la fonction de Directeur est occupée par un membre de l'équipe de direction du CHBS.

Le GIP avait été créé pour mettre en commun les moyens de production de repas par le biais de la construction d'une unité centrale en capacité d'accueillir les deux équipes et de répondre à la demande des deux établissements, tout en se laissant une marge nécessaire à l'intégration d'un nouvel établissement. A l'époque déjà on imaginait l'intégration de Port Louis.

Les années 2007 et 2008 ont été consacrées à l'élaboration du programme et le choix du maître d'œuvre. En 2009, les travaux ont démarré pour une ouverture au 1^{er} janvier 2011. Le chantier ne subit que très peu de retard.

Le bâtiment ainsi construit est situé sur un terrain proche de l'EPSM de Caudan et à proximité immédiate de la blanchisserie inter-hospitalière. Il occupe une surface utile de 2 100 m² et déploie une capacité maximum de production de 1,2 millions de repas par an. Sur les aspects financiers, l'opération a coûté au final 8,196 K€ (les aléas et révisions de prix furent inférieurs aux prévisions initiales).

Les modalités et les flux financiers ont connu leur vrai démarrage lors de l'exercice 2011 avec notamment la prise en charge des achats de fournitures par le GIP et la mise à disposition des personnels par voie de convention.

Au-delà de l'aspect de la construction et des modalités financières, il a fallu s'attacher à prendre en compte le volet social de ce regroupement. Pour réaliser dans les meilleures conditions cette démarche, le GIP a fait appel à l'assistance de la MEAH (Mission d'Expertise et d'Audits Hospitaliers), -- préfigurateur de la mise en place de l'ANAP, et notamment le cabinet EC6. La mission a consisté notamment en l'écriture d'un nouvel organigramme et de fiches de postes de la nouvelle unité de production. Au cours de cette mission, chaque agent des deux services a été reçu au cours de deux entretiens dont un

avec un psychologue du travail afin de connaître leurs projets professionnels et leurs positionnements vis-à-vis du GIP. Un certain nombre d'agents ont préféré engager une reconversion.

Comme toute opération de regroupement, l'objectif principal est la recherche d'économies d'échelle et de rationalisation des coûts de production. Dans le cas présent ces économies sont de deux ordres :

- Gain tarifaire sur les matières premières par massification de la demande ;
- Gain d'effectif : la valeur cible était de 10 postes sur les 80 postes d'origine (cumul des deux équipes initiales)

Au final, ces objectifs sont atteints. Le coût de revient du GIP est inférieur aux standards dans le secteur. La capacité de production est actuellement de 5 500 repas par jour et elle n'est pas encore à son maximum qui est fixé à 6 000 repas/jour. L'intégration éventuelle du CHPLR serait donc envisageable sans aucune modification au dimensionnement de l'équipe et sans ajout d'équipements aux chaînes de production. Les coûts supplémentaires de cette intégration se limiteraient aux matières premières et à l'augmentation de la flotte de matériel de transport.

Le seul point négatif de la mise en œuvre du GIP- résolu depuis, portait sur le système d'information. En effet, à quelques semaines de l'ouverture de l'unité de production, l'EPSM Caudan n'avait toujours pas procédé à l'intégration de l'outil de prise de commande. Ce retard a entraîné quelques difficultés au démarrage. Il conviendra d'apporter une attention particulière à cette question avant de démarrer la livraison sur les sites du CHPLR.

1.2 Le projet de reconstruction du CHPLR

1.2.1 Les raisons de la reconstruction

Le Centre Hospitalier de Port Louis-Riantec est donc organisé sur deux sites distants de 4 kilomètres.

Le site de Port Louis comprend, dont les premières archives remontent au XVII^{ème} siècle et dont on peut évoquer l'extension entre 1948 et 1964 :

- La Direction ;
- La Direction des Ressources Humaines ;
- La Direction des Services Economiques ;

- Les services informatiques et techniques ;
- 5 unités d'hébergement (Corse : 23 lits, Catalogne : 11 lits, Normandie : 23 lits à orientation psycho-gériatrique, Provence : 36 lits et Bretagne 14 lits à orientation Alzheimer) – soit au total une capacité de 107 lits.

Sur ce site, il existe un bâtiment qui n'est pas la propriété du CHPLR mais d'un organisme de logement social BSH. Il conviendra de solutionner la question de ce transfert de propriété avant la cession de l'ensemble du site de Port Louis après le déménagement.

Le site de Riantec construit en 1980 pour héberger l'extension de Port Louis, regroupe les services suivants :

- Le bureau des entrées ;
- Le DIM
- La cuisine centrale ;
- Le SSIAD (50 places) ;
- Le service de Médecine : 10 lits ;
- Le service de SSR : 36 lits dont 5 à orientation Soins Palliatifs ;
- L'Unité de Soins de Longue Durée : 30 lits ;
- EHPAD : 48 lits dont 6 d'hébergement temporaire.

En 2013, le Conseil de Surveillance délibère sur un nouveau projet architectural prévoyant la reconstruction sur un seul site. C'est le site de Riantec qui fut choisi pour des questions de capacité foncière. Aucun terrain n'étant disponible sur Port Louis. Le choix s'est donc porté sur une opération sur le site actuel de Riantec.

La nécessité de la construction d'un nouveau bâtiment répond à plusieurs dysfonctionnements et anomalies constatés dans le fonctionnement actuel du CHPLR.

En premier lieu, la configuration des chambres en EHPAD ne répond absolument pas aux conditions fixées réglementairement ¹¹. En effet, il existe un grand nombre de chambres à deux lits dont la surface est inférieure aux normes de 22 m² et la plupart ne bénéficient pas de salle de bain privative. Cette situation explique en partie les difficultés de remplissage constatées depuis de nombreuses années. Il n'est pas rare que 10 lits soient inoccupés à certaines périodes et ce malgré une liste d'attente conséquente.

Ensuite, la dimension des services d'EHPAD est disparate et cela entraîne des organisations spécifiques à chaque unité qui ne permettent pas une harmonisation des équipes et une rationalisation des tâches. La mise en œuvre de la prestation hôtelière voulue par la direction est également contrariée par ces unités à géométrie variable.

¹¹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

Même si ce projet ne peut attendre l'ouverture du nouveau bâtiment, il faudra prendre en considération que les modalités appliquées dans l'existant devront évoluer à minima dans l'avenir.

Enfin, l'organisation bi-site engendre des coûts induits relativement importants avec en particulier l'obligation d'une flotte automobile pour le transport des chariots repas, les agents d'un site devant se rendre en réunion sur l'autre. Nous pouvons citer également la multiplication des contrats pour les fluides et les maintenances avec notamment des bâtiments anciens.

L'absence totale de mutualisation des équipes entre les deux sites influe également sur le temps partagé des agents des services techniques sur les deux sites.

Les avantages espérés par la nouvelle construction sont donc importants et les gains en fonctionnement permettront de compenser partiellement les surcoûts financiers des travaux de reconstruction (frais financier et amortissements).

1.2.2 Le programme du nouveau bâtiment

Après de nombreuses réunions de négociation avec l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et les services du Conseil Départemental du Morbihan - sur les questions de dimensionnement du projet en termes de surface et de programme capacitaire, sur le coût global de l'opération, le projet de reconstruction a été validé par les deux tutelles :

- Le 17 juin 2016 par le Département par un courrier du Président du Conseil Départemental
- Le 21 juillet 2016 par un courrier du Directeur Général de l'ARS.

Tout au long de la phase de négociations qui aura duré près de dix-huit mois, l'établissement avait missionné le cabinet A2MO pour établir le programme.

Ce programme tient compte notamment des révisions de capacité qui découlent du futur projet d'établissement du CHPLR et des résultats des négociations avec l'ARS et en particulier sur le virage ambulatoire induit par le plan triennal d'économies de la sécurité sociale ¹² :

¹² Dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, le Gouvernement s'est engagé en avril 2014 à mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'euros entre 2015 et 2017, dont 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'assurance maladie.

Services	Situation actuelle autorisé	Après reconstruction
Médecine	10	12 (dont 4 SP)
SSR	40 (dont 36 installés)	30 HC + 6 Hôpital de Jour
USLD	30	30
EHPAD	163	163
SSIAD	50	50

Des réunions ont été organisées avec un comité de pilotage mais également avec des groupes techniques composés d'agents des différents services du CHPLR afin d'entendre leurs propositions et leurs souhaits.

Il est essentiel que les professionnels soient interrogés et écoutés dans ces phases préparatoires car cela ne peut que faciliter l'appropriation du bâtiment lors de son ouverture. En sachant que la durée de ce type d'opération rend délicate une adéquation parfaite entre les choix d'aujourd'hui et les besoins dans 5 ans.

Afin de pouvoir réorienter les unités actuelles vers d'autres activités, par exemple l'activité de Médecine vers de l'hébergement, le choix stratégique s'est porté sur une taille de service unique à 15 lits.

Pour des questions d'organisations et de circulation, le programme définitif a été transmis à trois candidats architectes qui doivent produire une esquisse pour la fin du mois d'octobre 2016. Ce programme propose sur quatre niveaux :

- Rez de jardin : le terrain oblige une différence de niveau en raison de la surface du bâtiment au sol. Il existe donc un rez de chaussée et un rez de jardin. Celui-ci accueillera les zones de livraison, les locaux techniques, les locaux de stockage ainsi que la cuisine relais et le self du personnel.
- Rez de chaussée : il accueillera l'entrée principale pour les résidents et les visiteurs. Le hall d'entrée devra être réalisé sous la forme d'une place de village et permettra l'accès à l'ensemble des services du RDC. L'intégralité de l'administration sera localisée sur ce niveau, ainsi que des salles de formations et d'animation. On trouvera également 5 unités d'hébergement, soit 75 lits dont 45 avec une sécurisation spécifique pour les résidents atteints de démence et apparentés et les 30 lits de long séjour.
- Niveau 1 : ce niveau sera intégralement consacré à des services d'EHPAD pour un total de 90 lits et des locaux pouvant accueillir un éventuel PASA.

- Niveau 2 : cet étage regroupera les activités sanitaires (Médecine et SSR) en vue de permettre comme aux deux autres étages la mutualisation des équipes en cas d'absentéisme imprévu.

Dans le cadre du développement de la politique hôtelière inclus dans le projet d'établissement, des salles de restauration communes accueilleront un maximum de 45 personnes et seront installées sur trois niveaux.

Des ajustements furent nécessaires suite aux remarques émises par le Conseil Départemental, notamment sur la surface des salles de restaurant (surfaces à augmenter), la taille des bureaux et de certains locaux à usage du personnel (surfaces à réduire).

Ces modifications réalisées ont permis au programme de rentrer dans les modélisations du département, principal financeur tant sur l'investissement par le biais de subventions qu'en fonctionnement par le biais du prix de journée.

La question de la répartition des parties communes entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social a également fait l'objet de négociations pour une validation finale par l'autorité de tarification. Notamment pour l'impact sur le niveau de la prise en charge du tarif Hébergement de la part des amortissements et des frais financiers liés à l'utilisation de prêts bancaires.

Avec l'achèvement du programme et les validations nécessaires obtenues, le projet peut suivre son cours normal.

La Direction des Travaux du CHBS a transmis aux trois cabinets retenus lors du premier jury le programme définitif afin qu'ils puissent produire leur projet pour la fin octobre 2016. Ensuite, pour poursuivre le travail initial engagé avec les équipes des professionnels du CHPLR, deux réunions de présentation auront lieu début novembre, suivies d'une session d'exposition des plans sur chacun des deux sites pendant deux semaines. Des avis seront sollicités au cours de cette période.

Le jury se réunira pour le choix du cabinet retenu comme maître d'œuvre début décembre 2016.

Les phases suivantes seront l'établissement de l'Avant-Projet Définitif puis le dépôt du permis de construire, la campagne d'appel d'offres pour les entreprises pour les travaux, la recherche de financement complémentaire au travers de la sollicitation des organismes bancaires et de subventions auprès notamment des caisses de retraite.

La première opération réellement visible pour l'ensemble des personnels et des résidents sera la création d'un parking provisoire sur un terrain prêté par la commune de Riantec. En effet, l'implantation du nouveau bâtiment se fera sur la localisation actuelle du parking.

La livraison du nouveau bâtiment devrait avoir lieu à la fin de l'année 2020 avec un déménagement au début de l'année suivante.

Tout au long du projet, le CHPLR sera accompagné par la Direction des Travaux du CHBS dans un premier temps dans le cadre de la poursuite du fonctionnement de la direction commune, puis à compter de 2018 en tant que membre d'un même établissement. En effet le choix a été fait par les élus lors des travaux d'élaboration de la convention constitutive du GHT de passer à la fusion au 1^{er} janvier 2018 pour les établissements parties à l'exception de l'EPSM Charcot.

1.2.3 La Cuisine au sein du projet ?

Les négociations sur le projet avec le Département et l'ARS ont eu lieu sur la base d'un programme établi le 10 novembre 2015.

Cette version sert de point de départ pour l'analyse des scénarii dans la seconde partie du mémoire. Le dimensionnement de la Restauration a été réalisé sur l'hypothèse de travail suivante :

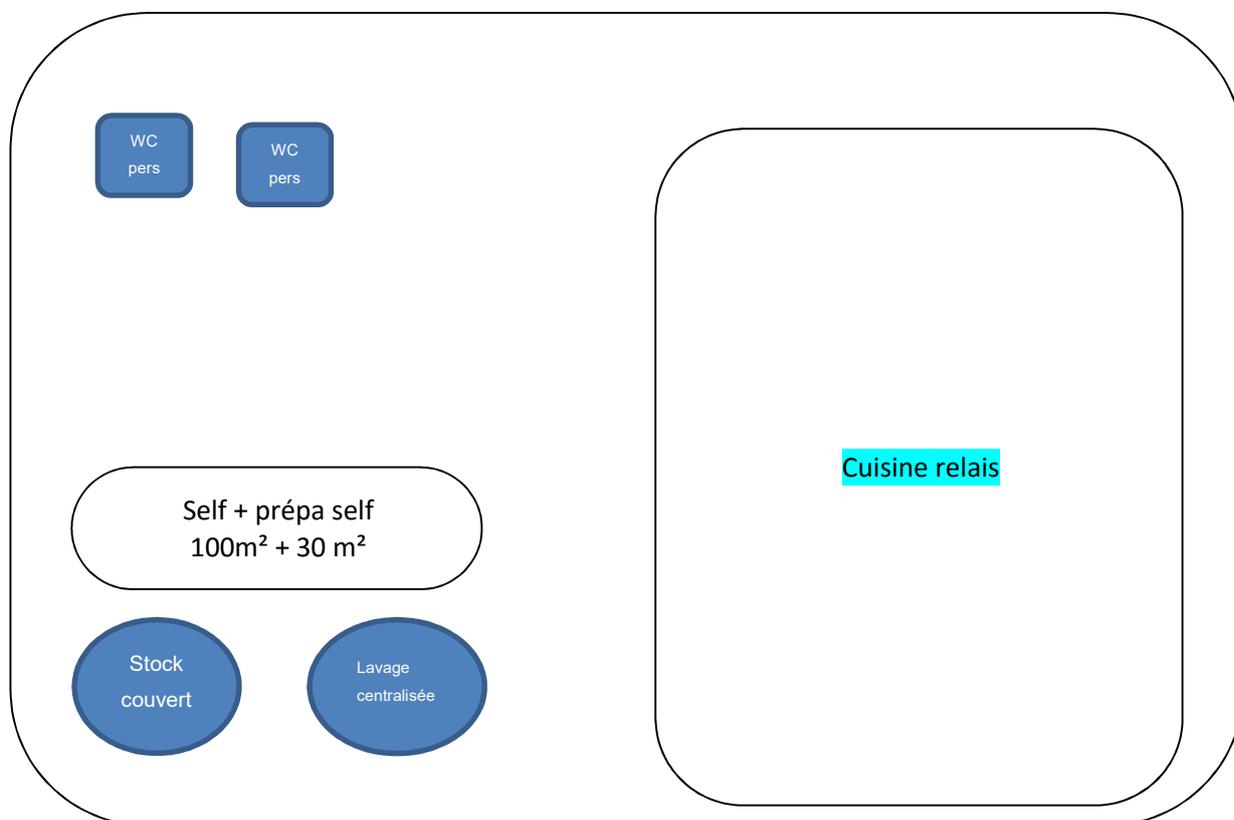
- Le stockage des chariots repas avant le transfert dans les unités de soins et avant leur récupération par les chauffeurs du GIP ;
- Le lieu de stockage pour les dotations des services ;
- Une zone d'assemblage pour permettre certaines préparations ;
- Une salle de restauration pour le personnel quel que soit le choix - final (self ou vitrine réfrigérée pour stocker des plateaux repas).

Dans un premier temps, l'élaboration du programme a été réalisée par le programmiste aidé de l'ingénieur chargé des travaux au CHBS. Aucune sollicitation des personnels de la cuisine centrale de Riantech ou de l'ingénieur en charge du GIP Blavet Scorff n'a été faite. Cette sollicitation est intervenue dans un second temps au printemps 2016.

La fiche technique du secteur consacré à la restauration est la suivante :

Fiche Local	Cuisine relais	SU	Qté	SU	Commentaires
		Prog.		Totale	
LH002	Sas de livraison - décartonnage - attente pour retour	8	1	8	
LG202	Vestiaire sanitaire du personnel	10	1	10	
BA101	Bureau Cuisinier	10	1	10	
LH016	Réserve sèche épicerie	45	1	45	
LH017	Zone assemblage - préparations	30	1	30	
LH017	Sas réfrigéré	10	1	10	Livraison / accès depuis l'extérieur
LH017	Chambre froide	15	1	15	
LH017	Stockage chariots (pour les unités)	40	1	40	Jusqu'à 15 chariots de régie thermie
LG006	Local déchets	10	1	10	
LG201	Salle à manger du personnel	200	1	200	
LG004 LG005	Office relais	35	1	35	Proche de la salle à manger / séparation propre sale
LG002	Local ménage	4	1	4	
TOTAL SU				417	
Rdmt SDO/SU				1,10	
TOTAL SDO				459	

On peut également schématiser l'implantation de la zone réservée à la cuisine dans le préprogramme ainsi :



Une réunion s'est tenue le 2 Février 2016 avec la direction, le directeur des travaux du CHBS et son adjoint, le responsable du GIP et les responsables de la cuisine de Riantec. Elle aura permis la présentation de 4 scénarii qui seront étudiés dans la deuxième partie du présent mémoire.

Les personnels de la cuisine centrale locale n'ont pas apporté d'éléments réellement déterminants qui pourraient justifier du maintien de la situation actuelle dans le nouveau bâtiment. Une certaine résignation est fortement présente dans leurs prises de parole. Un travail important en termes de management sera nécessaire vis-à-vis de ces personnels dans le cadre de la migration.

Par ailleurs, il conviendra de trouver la solution permettant une adéquation entre le maintien de la qualité et les contraintes économiques fortes liées à la reconstruction et à l'encadrement budgétaire sur le prix de journée d'une part par les services du département et l'équilibre de l'EPRD, condition incontournable posée par l'ARS et incluse dans le Contrat Prévisionnel d'Objectifs et de Moyens du Centre hospitalier de Port Louis-Riantec.

2 Dans un contexte de mutualisation, l'externalisation de la fonction Restauration s'impose

2.1 Constats et limites du fonctionnement actuel

Le fonctionnement actuel de la Restauration semble apporter certains avantages à l'institution, notamment au regard de la qualité des repas servis et aussi sur la question de la capacité de réponse des professionnels de la cuisine à la demande des services.

Au-delà des contraintes imposées par les tutelles pour le redimensionnement de l'unité de production et du recours à un prestataire extérieur, il convient de s'interroger sur les limites actuelles afin de permettre de poser un certain nombre de préconisations pour le choix du scénario à retenir dans le cadre de l'ouverture du nouveau bâtiment.

2.1.1 Aspects économiques

La question économique aborde deux angles : d'une part la question de l'impact dans le projet de reconstruction et d'autre part sur le budget de fonctionnement futur car il convient que l'établissement puisse trouver des pistes d'économies afin de compenser partiellement les surcoûts financiers liés aux travaux (frais financiers et dotation aux amortissements).

Le calcul du coût de revient du repas produit est essentiel pour l'étude et pour s'interroger sur les limites de l'organisation en place.

Le prix de revient déterminé inclut les charges directes et les charges indirectes.

Pour les charges directes nous retrouvons :

- Les charges de personnel de l'équipe intervenant à l'unité de production ;
- Le salaire et les charges de la diététicienne ;
- Les fournitures alimentaires entrant dans la composition des repas ;
- Les contrats de maintenance et les frais de réparation des équipements de la cuisine (incluant les chariots de distribution) ;
- Les dépenses afférentes au transport (dans les services de Port Louis, pour le portage à domicile et au CMP)
- Les frais financiers et les amortissements (incluant la quote-part du bâtiment)

Il convient donc d'ajouter également les charges indirectes :

- Les dépenses de personnel de l'administration (services économiques pour la fonction achat, DRH pour la gestion du personnel...);

Nous pouvons ainsi obtenir les prix de revient suivant pour les trois derniers exercices :

Années	2013	2014	2015
Total des dépenses	1 133 208 €	1 132 313 €	1 047 578 €
<i>Nombre de repas produits</i>	190 204	191 064	188 484
Prix de revient par repas	5.96 €	5.93 €	5.56 €

Connaitre ce coût de revient n'est pas suffisant pour établir le niveau de rentabilité de ce service, il faut également le comparer d'une part, à celui du GIP Blavet Scorff et d'autre part, à une échelle de coûts plus représentative, soit sur la base d'Angers¹³, soit l'étude réalisée annuellement par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance avec l'appui de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière sur les indicateurs des établissements médico-sociaux¹⁴.

Au regard des coûts de production du GIP, le CHPLR produit un repas plus onéreux. En effet, le coût de la demi-journée alimentaire de l'unité centrale de Blavet Scorff, en incluant l'intégralité de ses charges, s'établit à 6,09 € (tarif voté par l'AG pour l'exercice 2016). Il convient de retirer certains postes à ce coût de revient pour le rapprocher de celui du CHPLR. Après analyse de la structure des dépenses, le coût pondéré représente 78% du coût global, soit 4,75 €. **Le gain maximum espéré sur une base de 190 000 repas annuel peut être estimé à 153 000 € pour l'ensemble de l'établissement.**

Cette seule analyse n'est pas suffisante pour pouvoir aboutir à des conclusions objectives.

La Base D'Angers qui existe depuis 1992 est devenue au fil des années une institution dans le domaine de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion. Il s'agit d'établir chaque année un rapport sur les coûts d'un certain nombre d'activités au niveau national. L'échantillon pour la fiche sur la Restauration est constitué de 158 établissements.

Pour l'année 2014, le coût de revient brut moyen est de 5,01 €. Comme pour le coût de revient du GIP, il faut pondérer ce calcul pour pouvoir le comparer avec celui du CHPLR.

Le constat aboutit à nouveau à un niveau de charges plus élevé à Port Louis.

¹³ Fiche Cuisine Préparation Base d'Angers Année 2014

¹⁴ ATIH – Les coûts en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Année 2013

La structure du CHPLR, et notamment le nombre de lits en EHPAD, doit amener à tenir compte également d'une autre étude, celle de l'ATIH réalisée pour l'année 2013 sur la base d'un panel de 105 EHPAD, soit un peu moins de 8% de l'effectif national. Cette étude, comme pour la base d'Angers, entraîne un redressement des coûts pour tenir compte du décalage entre la structure de l'échantillon et celle de l'effectif global. Le recalage réalisé permet ainsi d'avoir une répartition des résidents hébergés dans les EHPAD volontaires identique à celle de la population de référence.

L'approche de cette étude est basée non pas sur le coût de la ½ journée alimentaire mais sur le coût « Restauration » à la place. Le rapport aboutit à un montant de 2 728 € par place. Cependant, ce coût n'intègre pas des coûts indirects liés à la gestion administrative de la Restauration (Gestion des ressources humaines et -fonction Achats notamment). Pour obtenir cet indicateur pour l'établissement, il convient de prendre la part des dépenses de restauration pour le secteur Hébergement, soit pour l'année 2013 :

$$[5,96 \text{ €} \times (110\,951 + 20\,888) = 785\,760 \text{ €}] / 193 \text{ places} : 4\,071 \text{ € par place et par an.}$$

L'écart entre les deux coûts est à relativiser par rapport à leur structuration. Cependant, nous notons qu'à nouveau le niveau de dépenses nécessaire au fonctionnement d'une cuisine centrale sur place n'est pas en adéquation avec les standards actuels et a pour conséquence pour l'établissement une dégradation de son équilibre budgétaire.

Après analyse, il est évident que la question économique penche indubitablement vers un transfert de la fonction Restauration au GIP Blavet Scorff. D'autant plus que l'intégration des repas du CHPLR (500/jour) n'oblige à aucune nouvelle dépense tant sur le plan des effectifs (intégration possible de deux agents de l'équipe actuelle de Riantec et constance de l'effectif du GIP) que pour les équipements et le dimensionnement des chaînes de production. Seul, le budget des fournitures alimentaires sera en progression mais il ne constitue pas la part majoritaire du coût de production et il faudra envisager une adéquation de la flotte de camions au niveau circuit des navettes.

Après l'intégration du CHPLR au GIP Blavet Scorff, l'ensemble des adhérents bénéficiera d'un tarif en réduction. En effet les frais fixes liés au fonctionnement de cette unité centrale se retrouveront répartis sur un plus grand nombre de repas.

La capacité maximum de la chaîne de production sera atteinte avec 6 000 repas par jour.

2.1.2 Aspects organisationnels

Au-delà de la question financière, le fonctionnement actuel de la cuisine pose un certain nombre de questionnements et montre des limites.

Des limites sont liées à la structure. En effet, la bi-localisation oblige à la présence d'un camion pour les livraisons qui implique une gestion de l'entretien et de la maintenance. Ce matériel répond à des normes en termes d'hygiène et de respect de certaines températures. Les agents de cuisine remplissent ces tâches qui s'éloignent de leur cœur de métier.

Des limites sont liées au dimensionnement de l'équipe et au respect des normes réglementaires strictes ¹⁵ tant sur le plan de la confection des repas que sur la gestion des déchets alimentaires. En raison du nombre de repas à produire et à la nécessité d'avoir toujours chaque poste de la chaîne occupée, le nombre d'agents est relativement important, d'autant plus que l'équipe doit faire face à un certain nombre d'arrêts maladie de durée assez longue (3 en tout).

D'autres limites sont liées aux engagements budgétaires pris dans le cadre du CPOM. Le responsable de la cuisine n'a pas été remplacé lors de son départ en retraite. Depuis son départ, l'encadrement du service en termes de ressources humaines et de gestion est confié à deux agents avec un positionnement plus affirmé pour l'un d'entre eux. Des questions de leadership sont apparues à certaines occasions. Ces événements ont obligé la direction à intervenir pour ne pas avoir une détérioration de la situation. Le temps des deux agents concernés est en partie grevé par ces temps de gestion au détriment de leur présence sur la chaîne de production. A certains moments de l'année, le responsable principal est peu disponible car il doit gérer avec les services économiques, la préparation des marchés de matières premières alimentaires, les visites des services vétérinaires et se doit d'être présent aux diverses réunions institutionnelles (CLAN, Commission de menus et comité d'encadrement).

Enfin, des limites concernent les repas pour les personnels. Chaque site bénéficie de sa salle de restauration réservée aux agents mais force est de constater une fréquentation relativement faible et l'absence quasi-totale de recours aux repas de la cuisine centrale. Les agents apportent leur propre nourriture chaque midi. L'absence d'un self se fait donc ressentir de manière flagrante. Par ailleurs, les professionnels doivent acheter des tickets à l'avance et prévenir également la cuisine centrale de leur souhait de déjeuner. Un self bénéficiant de créneaux horaires adaptés et la mise en œuvre d'un système de carte avec prélèvement soit sur le salaire, soit sur le compte bancaire aurait certainement du succès.

¹⁵ Les cuisines hospitalières doivent répondre aux normes HACCP

L'ouverture vers l'extérieur (La Poste, agents de la Mairie, du Centre des Impôts) serait envisageable et permettrait un développement de la cuisine plus important et améliorerait les indicateurs financiers.

2.1.3 Volonté de développement et de valorisation de la fonction hôtelière

La prestation Restauration ne peut se limiter à la seule confection des repas par le service Cuisine de l'établissement. Le service en chambre ou en salle commune ainsi que l'environnement sont des éléments fondamentaux d'une prestation de qualité.

Il est souvent constaté à l'analyse des fiches d'évènements indésirables et des questionnaires de sortie, des dysfonctionnements relativement importants pour ce qui concerne le volet Repas au cours de la journée, notamment liés à un apparent désintérêt de la fonction par les agents des unités.

Sur les sites de Port Louis et de Riantec, il n'existe pas de distinction de tâches entre les aides-soignantes et les ASH. Les fonctions sont donc réalisées par l'une ou l'autre catégorie selon le planning et de la composition de l'équipe.

La fonction hôtelière (service des repas ; nettoyage des chambres, entretien du linge.) est imbriquée dans d'autres fonctions réalisées par ces professionnels. Dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement et en particulier du projet de gestion, la Direction a décidé d'inscrire comme une priorité institutionnelle la mise en œuvre d'une véritable fonction hôtelière.

L'importance accordée à ce projet par l'institution montre que la prise de conscience est forte par les membres de l'équipe de direction et partagée par l'encadrement de proximité. La démarche relative à ce projet sera lancée dès l'année 2017 et il convient donc dès les entretiens d'évaluation de l'année 2016 d'interroger les personnels qui pourraient potentiellement être attirés par ces nouvelles tâches et en particulier chez les ASH.

En effet, la voie naturelle pour les ASH est d'engager une promotion professionnelle vers la formation d'aide-soignante. Cependant, certaines d'entre elles veulent avoir une évolution de carrière sans passer par cette qualification.

Ce projet a été inscrit comme un axe prioritaire du projet de gestion de l'établissement. Il doit répondre à trois objectifs principaux :

- Définir et créer la fonction hôtelière sur les deux sites ;
- Professionnaliser la fonction hôtelière ;
- Formaliser les relations partenariales propres aux fonctions hôtelières

Définition et création de la fonction hôtelière :

Après avoir analysé les besoins nécessaires à la mise en œuvre de la fonction hôtelière, une étude sera réalisée pour connaître l'effectif requis sur les secteurs d'hébergement et le nombre de postes à transformer en restant dans le cadre fixé par la convention tripartite. La mise en œuvre de cette fonction entraînera une modification du statut des ASH au regard de leur imputation sur les sections tarifaires. Un ASH travaillant exclusivement sur des fonctions hôtelières est imputé intégralement en section Hébergement, alors que celui effectuant des tâches relatives à la prise en charge soignante voit son affectation portée sur deux sections (Hébergement et Dépendance).

Cette démarche doit aboutir avant la fin de l'année 2016.

Les fiches de postes seront ensuite rédigées dans le courant de l'année 2017 en détaillant les tâches qui incombent à cette nouvelle fonction. Cela entraînera par conséquent une réécriture des fiches de postes des ASH et des AS afin de ne pas avoir une confusion entre les activités des professionnels.

Une fois, ces fiches de postes validées par les instances concernées et la direction, les appels à candidatures seront lancés au dernier trimestre de l'année 2017. Le comité de sélection, composé de la direction et de membres de l'encadrement se réunira ensuite pour effectuer le choix parmi les candidatures.

Il pourra ainsi au cours du premier trimestre 2018 procéder à la mise en place effective de l'équipe Hôtellerie.

Dans le cadre de la mise en œuvre du GHT, l'établissement support a procédé avant l'été 2016 au recrutement d'une conseillère hôtelière, qui devait prendre ses fonctions au 1^{er} octobre 2016. Cette ressource sera sollicitée pour l'écriture du projet de service et pour l'élaboration des fiches de postes.

Professionnalisation de la fonction hôtelière :

Après avoir retenu les candidats, ils seront bénéficiaires d'une formation dont le cahier des charges aura été établi en 2017. Cette formation devra contenir d'une part, des modules théoriques spécifiques à l'hôtellerie hospitalière et en EHPAD et d'autre part, des modules pratiques avec des stages par comparaison dans des établissements où cette fonction existe. Une évaluation à l'issue sera réalisée en interne pour éventuellement apporter des ajustements au projet de service.

Un responsable d'équipe sera également désigné et, aura parmi ses objectifs de veiller au maintien d'un niveau élevé de professionnalisation. Il sera le lien entre les équipes soignantes dans les unités, le responsable de la cuisine centrale et son équipe afin d'avoir une démarche continue de qualité.

Par ailleurs la DRH devra réaliser une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences notamment pour le devenir des personnes qui sont actuellement sous un statut de contrat aidé.

Formaliser les relations partenariales propres aux fonctions hôtelières :

Au sein de l'établissement et depuis la mise en œuvre des pôles d'activité, la démarche de partenariat entre les services se développe et on voit de plus en plus une relation client-fournisseur se mettre en place. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette nouvelle fonction le suivi d'indicateurs sera nécessaire afin de réaliser une évaluation régulière du service rendu vis-à-vis des résidents en premier lieu et des autres intervenants dans l'unité également. Les indicateurs devront être aisés à extraire et permettant un reporting régulier et aisé de la part du responsable du service. Ces repères pourraient s'inspirer des contrats de séjour et notamment du respect des projets de vie individualisés.

Une charte de partenariat concise pourrait être élaborer afin de fixer les axes principaux qui faciliteront les relations et la coopération entre le service hôtelier et les personnels des unités d'hébergement.

Ce service sera également confronté régulièrement à des clients extérieurs dont principalement le GIP Blavet Scorff pour la restauration et la BIH pour les questions relatives au linge. Dans ces deux cas, une charte de partenariat sera également mis en œuvre afin de formaliser les relations et les attentes de chacun. On peut citer en particulier les aspects relatifs à la commande quotidienne des repas et des dotations des services. Les professionnels de la fonction hôtelière seront les interlocuteurs privilégiés des prestataires de service extérieurs par l'intermédiaire du responsable de service.

Pour réaliser dans les meilleures conditions ses objectifs, le responsable du service bénéficiera d'une formation relative à la gestion et à l'encadrement d'équipe.

Il apparait au travers des objectifs de cette nouvelle fonction qu'une attention particulière sera apportée au profil de la personne qui sera recruté pour prendre la fonction de responsable.

Cette création répond à une volonté de la direction de développer une nouvelle approche entre l'institution et le résident. En effet les outils de la loi de 2002 installent le résident au centre du fonctionnement des établissements d'hébergement au travers notamment du projet de vie individualisé. On constate fréquemment une différence notable dans les modalités de prise en charge hôtelière entre un EHPAD autonome et un EHPAD rattaché à un centre hospitalier. Dans le second cas de figure, la culture hospitalière prend le pas sur la démarche visant à réellement considérer que le résident en EHPAD est dans une situation identique, lorsqu'il vivait à son domicile. La prise en compte de cette réalité explique donc cette orientation forte prise par la direction qui s'inscrit totalement dans le projet d'humanisation et de reconstruction architecturale des services d'EHPAD dans le futur bâtiment, avec des chambres de taille réglementaire avec une véritable salle de bain.

2.2 Hypothèses d'évolution possibles

Afin d'envisager le devenir de la fonction Restauration, le CHPLR s'est appuyé sur un groupe de travail. Cette instance est formée de :

- Représentants de la Direction : Directrice déléguée, Responsable des Ressources Humaines, Responsable des Services Economiques et Responsable des Services Financiers
- Représentants de la cuisine centrale (3)
- L'Ingénieur du GIP
- Le directeur des Travaux du CHBS accompagné d'un ingénieur.

Quatre scénarii ont été établis à la suite des différents échanges entre les parties concernées.

Chaque scénario est présenté ci-dessous selon un modèle identique.

Les items abordés dans chacune des versions sont les suivants :

- Les modalités de la production alimentaire ;
- Le fonctionnement du restaurant du personnel ;
- La gestion de la vaisselle ;
- Les effectifs nécessaires sur site ;
- Le dimensionnement en surface et les impacts sur le chiffrage du projet de reconstruction ;
- Le plan d'équipement ;

2.2.1 Scénario 1 : Une prestation clé en main par le GIP

Ce scénario est principalement inspiré du fonctionnement de la restauration de l'hôpital de Cancale.

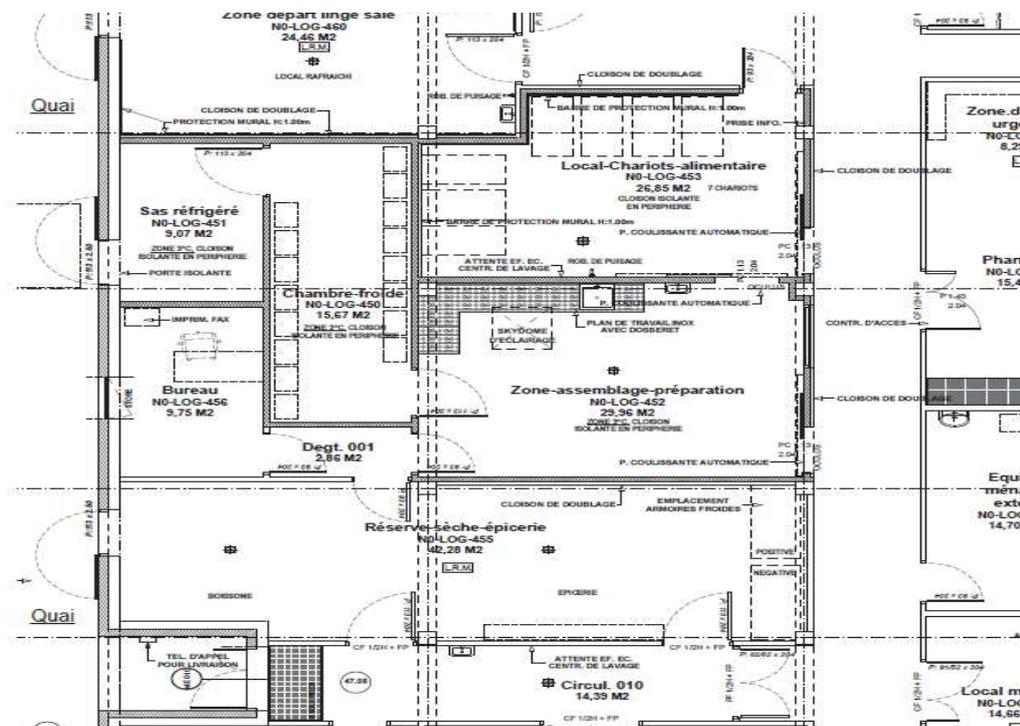
La livraison des repas en portion collective est réalisée au niveau d'un local réfrigéré situé au rez-de-jardin. Une seule personne est chargée des dotations par service, des commandes et mises en chariots dans une chambre froide.

Ces chariots sont montés et descendus par le personnel des services de soins dans l'office d'étage pour le service aux résidents. Au niveau de l'office, le service est dit « service à l'assiette » pour les résidents qui peuvent être installés dans la salle de restauration commune. La vaisselle est réalisée dans les offices d'étage.

Les chariots repas sont réchauffés dans le local du rez de jardin, puis après livraison à l'étage, et rebranchés pour maintien en température (technologie embarquée) dans chaque office.

La personne située au niveau du local de réception travaille 5 jours sur 7 durant les jours ouvrables. Cette dernière prépare en avance les repas du week-end end dans des étagères spécifiques.

Ci-dessous, le plan de la zone de réception, préparation et quelques photos illustrent ce premier scénario :





Cette proposition n'intègre pas de self et préparation self mais une grande salle à manger équipée de micro-ondes et d'une vitrine réfrigérée pour le personnel. Cette vitrine serait alimentée par le GIP au vu des commandes de repas sollicitées par les professionnels.

Au niveau des offices d'étages, la surface de 30 m² prévue au programme reste inchangée. Cette dernière est déjà prévue avec l'intégration d'un lave-vaisselle et des chariots de remise en température.

La fiche technique du rez de jardin pour la partie Restauration :

Fiche Local	Cuisine relais	SU	Qté	SU	Commentaires
		Prog.		Totale	
LH001	Sas de livraison - décartonnage - attente pour retour	0	1	0	Intégré au quai
LG202	Vestiaire sanitaire du personnel	0	1	0	Intégré au vestiaire personnel logistique
BA101	Bureau Cuisinier	10	1	10	
LH016	Réserve sèche épicerie	45	1	45	
LH017	Zone assemblage - préparations	30	1	30	
LH017	Sas réfrigéré	10	1	10	Livraison / accès depuis l'extérieur
LH017	Chambre froide	15	1	15	
LH017	Stockage chariots (pour les unités)	40	1	40	Jusqu'à 15 chariots de régie thermie
LG006	Local déchets	0	1	0	Intégré à la plate-forme déchets
LG201	Salle à manger du personnel	50	1	50	
LG002	Local ménage	4	1	4	
TOTAL SU				204	
Rdmt SDO/SU				1,10	
TOTAL SDO				224	

Nous notons une diminution en SDO par rapport au projet initial inclus dans le programme :

$$459 \text{ m}^2 - 224 \text{ m}^2 = 235 \text{ m}^2$$

et une économie autour de 600 000 euros sur le budget investissement sur la base des coûts suivants :

- Un lave-vaisselle et un grand frigo : 12 000 euros TTC,
- Une régie thermie : 20 000 euros

Nous obtenons donc pour les 3 offices (positionnés à chaque étage du nouveau bâtiment) et les 13 régies thermie (dans chaque unité), un coût d'équipement d'environ 272 000 €, vaisselles non comprises et autres matériels (cafetière, micro-onde, etc.).

La gestion de la cuisine relais ne nécessite dans ce scénario que la présence d'une personne en journée et seulement 5jours/7.

Nous effectuons donc une économie non négligeable sur le niveau des travaux, des gains sur les effectifs de la cuisine importants mais le personnel ne bénéficie pas de self.

2.2.2 Scénario 2 : l'existence d'une cuisine relais bénéficiant d'une mise en assiette

Il s'agit d'un scénario alternatif au premier avec la création d'une cuisine relais comprenant une chaîne de distribution et une chaîne de préparation « self » pour les grillades et frites. Les frites pourraient être faites pour le personnel et les résidents, la chaîne de distribution servant à effectuer la mise en assiette.

Les repas ou les denrées arriveraient directement du GIP en grand conditionnement. Dans la cuisine relais une zone permettrait la préparation des potages en y ajoutant si nécessaire des ingrédients permettant l'enrichissement pour s'adapter à certains régimes.

Pour ce qui concerne le nettoyage de la vaisselle, il sera centralisé au niveau de la cuisine relais avec une laverie centrale.

Le programme initial pourra être alors révisé ainsi avec notamment une diminution des offices d'étages pour intégrer au sein de la cuisine relais la laverie centrale et les régies thermies.

La fiche technique du rez de jardin pour la partie Restauration pourrait se matérialiser comme suit :

Fiche Local	Cuisine relais	SU	Qté	SU	Commentaires
		Prog.		Totale	
LH001	Sas de livraison - décartonnage - attente pour retour	8	1	8	
LG202	Vestiaire sanitaire du personnel	10	1	10	
BA101	Bureau Cuisinier	10	1	10	
LH016	Réserve sèche épicerie	45	1	45	
LH017	Zone assemblage - préparations	80	1	80	
LH017	Sas réfrigéré	10	1	10	Livraison / accès depuis l'extérieur
LH017	Chambre froide	15	1	15	
LH017	Stockage chariots (pour les unités)	40	1	40	Jusqu'à 15 chariots de régie thermie
LG006	Local déchets	10	1	10	
LG201	Salle à manger du personnel	200	1	200	
LG004 LG005	Office relais	35	1	35	Proche de la salle à manger / séparation propre sale
LG002	Local ménage	4	1	4	
	Laverie centrale				Prendre surface sur les offices d'étages
	Régie thermie				Prendre surface sur les offices d'étages
TOTAL SU				467	
Rdmt SDO/SU				1,10	
TOTAL SDO				514	

La superficie de la cuisine relais augmenterait de 58 m² en SDO et occasionnerait un surcoût de 150 000 euros sur la partie travaux du projet architectural.

L'équipement de la laverie centrale serait d'environ 100 000 euros pour un tunnel de lavage et le coût de la chaîne de distribution est estimé à 7 500 €.

Le nombre de chariots repas serait à ajuster pour le faire coïncider aux nombres d'unités puisque la mise en plateaux serait réalisée à la cuisine relais.

Ce scénario nécessite donc une organisation en personnel de :

- 4 personnes 7 jours / 7 en cuisine ;
- 2 personnes 7 jours sur 7 en laverie

Soit environ 11 ETP représentant un coût annuel de 412 500 € (sur la base d'un ETP moyen à 37 500 €).

Au regard des enjeux et des contraintes posées par les autorités de tutelles, ce scénario présente un bilan financier relativement défavorable. Les gains faits sur le coût de la prestation repas avec le transfert au GIP est inférieur au maintien de 11 postes.

2.2.3 Scénario 3 : chaque office d'étage est dimensionné pour les petites préparations et la mise en assiette

Le scénario 3 est identique au scénario 1 avec quelques variantes :

- La mise en assiette effectuée par le personnel de la cuisine au niveau des offices d'étages.
- Au niveau des offices d'étages, il aurait la possibilité de préparer le potage et d'avoir une petite friteuse afin de faire des frites aux résidents.
- Le personnel de cuisine en dehors des repas pourrait aider l'animation au niveau des cuisines thérapeutiques prévues sur le bâtiment

Le lavage de la vaisselle serait assuré au niveau des offices.

Le programme pourrait donc correspondre à une fiche technique comme suit en sachant que pour la cuisine relais, les surfaces sont identiques à celle du scénario 1 :

La fiche technique du rez de jardin pour la partie Restauration :

Fiche Local	Cuisine relais	SU	Qté	SU	Commentaires
		Prog.		Totale	
LH001	Sas de livraison - décartonnage - attente pour retour	0	1	0	Intégré au quai
LG202	Vestiaire sanitaire du personnel	0	1	0	Intégré au vestiaire personnel logistique
BA101	Bureau Cuisinier	10	1	10	
LH016	Réserve sèche épicerie	45	1	45	
LH017	Zone assemblage - préparations	30	1	30	
LH017	Sas réfrigéré	10	1	10	Livraison / accès depuis l'extérieur
LH017	Chambre froide	15	1	15	
LH017	Stockage chariots (pour les unités)	40	1	40	Jusqu'à 15 chariots de régie thermie
LG006	Local déchets	0	1	0	Intégré à la plate-forme déchets
LG201	Salle à manger du personnel	50	1	50	
LG002	Local ménage	4	1	4	
TOTAL SU				204	
Rdmt SDO/SU				1,10	
TOTAL SDO				224	

Les offices d'étage augmenteraient d'environ 10 m² chacun ainsi que la cuisine de l'animation, soit 40 m² supplémentaires

Au total, les surfaces diminueront de :

$$459 - 224 + 40 = 195 \text{ m}^2$$

bénéficiant d'un gain de 500 000 euros au regard de l'estimation initiale des travaux.

Il faut toutefois rajouter le coût d'une friteuse et d'une marmite pour le potage par office soit un total de : 78 500 € (3 friteuses à 18 000 € l'unité et 3 marmites à 8 150 €).

Le personnel de cuisine pourrait être au nombre de 3 ou 4, 7 jours sur 7 si la prestation est identique le weekend end ou 5 jours sur 7 s'il n'y a pas de frites et de préparation de potages le weekend.

De plus dans ce schéma, le service restauration prend des tâches supplémentaires au niveau des services de soins par rapport au scénario 1 (Préparation des assiettes au niveau des offices d'étage, Lavage des couverts, montée et descente des repas et marchandises)

La prestation au niveau du restaurant du personnel sera identique à celle du scénario 1

2.2.4 Scénario 4 : l'existence d'une cuisine relais réservé à certaines préparations et au self

La livraison des repas en portion collective est réalisée au niveau d'un local réfrigéré situé au rez de jardin. Une seule personne prend en charge les dotations par service, les commandes et mise en chariots dans une chambre froide.

Ces chariots sont montés et descendus par le service de soins dans l'office d'étage pour être servis aux résidents. Au niveau de l'office, le service est dit « service à l'assiette ».

La vaisselle est effectuée dans les offices d'étages.

Les chariots repas sont réchauffés dans le local du rez-de-jardin puis livrés à l'étage, afin d'être rebranchés pour un maintien en température grâce à une technologie embarquée.

Dans la cuisine adossée au self, il existera un local dans lequel il sera possible de réaliser des préparations alimentaires, frites, potages, grillades et de petites préparations chaudes pour les résidents lors d'animations ainsi que pour le personnel.

Le personnel de cuisine sera dimensionné pour un poste en 8 heures en travaillant 5 jours sur 7.

La fiche technique suivante illustre une nouvelle proposition de rez de jardin pour la partie

Restauration :

Fiche Local	Cuisine relais	SU	Qté	SU	Commentaires
		Prog.		Totale	
LH001	Sas de livraison - décartonnage - attente pour retour	0	1	0	Intégré au quai
LG202	Vestiaire sanitaire du personnel	0	1	0	Intégré au vestiaire personnel logistique
BA101	Bureau Cuisinier	10	1	10	
LH016	Réserve sèche épicerie	45	1	45	
LH017	Zone assemblage - préparations	30	1	30	
LH017	Sas réfrigéré	10	1	10	Livraison / accès depuis l'extérieur
LH017	Chambre froide	15	1	15	
LH017	Stockage chariots (pour les unités)	40	1	40	Jusqu'à 15 chariots de régi thermie
LG006	Local déchets	0	1	0	Intégré à la plateforme déchets
LG201	Salle à manger du personnel	50	1	50	
	Local préparation chaude	30	1	30	A proximité du restaurant du personnel
LG002	Local ménage	4	1	4	
TOTAL SU				234	
SDO/SU				1,10	
TOTAL SDO				257	

Le bilan de surface s'établit donc à :

$$459 - 257 = 202 \text{ m}^2$$

Soit un gain d'environ 516 000 € d'investissement en moins par rapport au préprogramme. Les équipements seraient identiques au scénario n°1 auxquels il faut rajouter les équipements de préparation chaude, soit environ 30 000 € supplémentaires.

Après l'analyse des 4 scénarii, il est apparu rapidement que le dernier faisait l'unanimité du comité de pilotage et que les travaux de préparation de la migration se feraient sur cette base.

Une véritable démarche de changement doit donc dorénavant s'engager avec l'appropriation du scénario retenu par les équipes et un accompagnement par la Direction.

3 L'optimisation de la fonction Restauration dans le cadre d'une intégration au GIP passe par une démarche de changement au sein de l'établissement

3.1 Pourquoi le scénario 4 est-il retenu par la Direction ?

Au regard des contraintes fixées par les autorités de tutelle pour permettre la validation du projet de reconstruction et des économies de fonctionnement à réaliser tant en amont de l'ouverture du nouveau bâtiment qu'après sa mise en service, le comité de pilotage s'est rapidement positionné sur le choix du scénario 4 auquel il conviendra d'apporter quelques ajustements pour tenir compte des spécificités de l'établissement.

3.1.1 Les axes d'amélioration du scénario retenu

Le scénario 4 est basé sur des hypothèses de travail relativement approfondies et s'inspire d'expériences déjà appliquées¹⁶.

Cependant des points de vigilance seront nécessairement - pour réussir la mise en œuvre. Ils porteront sur :

- L'attention particulière à apporter à la confection des repas pour les secteurs d'EHPAD. En effet, des éléments complémentaires s'avèrent particulièrement importants à proposer. Il faudra permettre, par exemple, aux résidents de pouvoir bénéficier d'un panel d'assaisonnement suffisant pour avoir un véritable choix.
- La mutualisation des professionnels intervenant au self du personnel mais également pour la préparation de certaines prestations particulières (ex : frites pour les services).
- Le choix de ne pas reconduire les effectifs actuels de la cuisine. Il conviendra donc d'apporter une attention particulière à l'écriture des fiches de postes afin de privilégier la polyvalence des agents postés au niveau de la zone repas du rez de jardin.
- Au sein de l'unité central, l'ingénieur a mis en place depuis plusieurs années une commission composée des personnels présents sur place pour goûter chaque jour les plats préparés sur la chaîne. Ces tests font l'objet d'une traçabilité afin de permettre des réponses en cas de réclamation sur le niveau gustatif des repas servis dans les services de soins. Il conviendra de maintenir cette procédure et

¹⁶ Fonctionnement de la cuisine centrale au Centre Hospitalier de Cancale. M. Créte était l'ingénieur en charge de ce service lors de la mise en œuvre.

d'envisager la participation de professionnels des établissements adhérents au GIP, cela permettra une appropriation plus importante par les agents chargés de la fonction Restauration sur les différents sites. Cela revêt également une portée symbolique importante.

- La prise en compte des divers régimes avec la présence d'une diététicienne sur le site qui permet une prise en charge de qualité nutritionnelle pour les personnes âgées ainsi que les personnes hospitalisées dans les unités sanitaires. Nous constatons après l'examen des dossiers sur OSIRIS que chaque résident bénéficie d'un suivi nutritionnel constant avec des pesées régulières et une adéquation entre le régime et les habitudes de vie.
- Les organisations qui devront inclure également le calendrier des animations. Afin de faciliter le travail de chacun, la programmation en amont des activités nécessitant le recours à la restauration doit garantir le maintien du niveau de qualité constaté pour les repas à thèmes et les anniversaires. Une anticipation sera la bienvenue également pour la planification des présences sur la cuisine relais.

3.1.2 La qualité des repas doit être maintenue notamment pour le projet de vie individualisé des résidents

Les établissements dont le mode de préparation des repas est la liaison chaude bénéficient d'un niveau de satisfaction élevé de la part des résidents et du personnel concernant la qualité des repas servis. Ce sentiment partagé ressort des différents entretiens réalisés au cours de la période de stage.

Pour les résidents, ils retiennent en particulier la possibilité de manger des produits locaux avec notamment des repas moules frites organisés pendant l'été. La confection de potages enrichis est aussi souvent citée par les personnes auditionnées.

Pour les professionnels, c'est principalement lors de repas pris lors de formations qu'ils ont pu exprimer leur satisfaction quant à la qualité des plats servis.

Au travers des entretiens, ces populations s'interrogent du transfert vers une autre entité. Le changement de pratiques dans la confection des repas ne doit pas être ressenti par les résidents.

Une attention particulière sera donc apportée au GIP pour cette prestation. L'ingénieur propose déjà dans le cadre des EHPAD des établissements déjà adhérents, un certain nombre de variantes permettant un maintien de la qualité des repas.

A titre d'exemple nous pouvons citer la mise en œuvre depuis plusieurs mois d'un panel d'assaisonnement dans les salles de restauration commune. Cette attention est particulièrement appréciée par les personnes âgées qui peuvent ainsi avoir réellement le sentiment d'être chez eux.

La présence régulière d'un responsable de la cuisine centrale dans les offices et dans la salle de restauration permet également d'agir sur l'environnement dont a pu voir qu'il est un facteur majeur de la perception positive du repas.

Cela permet aussi de pouvoir entendre les remarques des résidents et de réfléchir avec eux sur les pistes d'amélioration, tant dans la confection du repas, que sur les conditions environnementales de la salle de restauration et des petits « plus » déjà en place ou qui pourraient être institués.

La présence d'un responsable de la cuisine centrale en tenue peut donner la sensation aux résidents d'être au restaurant et de pouvoir interpeller « le chef ». Les résidents apprécient cette présence dans les établissements où existe déjà cette pratique. L'implication des résidents au moment de repas est primordiale pour améliorer leur satisfaction.

Une présentation, dont la périodicité reste à déterminer, des résultats des enquêtes de satisfaction portant sur les questions relatives à la restauration devra être présentée aussi bien au Conseil de Vie Sociale, qu'à la commission des menus mais également lors de réunions d'informations avec les résidents et leurs familles.

3.2 L'établissement doit entrer dans une dynamique de projet collective

La migration de la fonction Restauration constitue un événement majeur dans la vie d'un établissement. Une attention particulière doit donc y être apportée par la Direction pour permettre la réussite de ce projet d'ampleur.

Il est indispensable de bien examiner l'ensemble des implications tant sur les équipes impactées directement qu'indirectement. L'appropriation par les personnels et les résidents de cette migration est un gage de succès.

3.2.1 La planification pluriannuelle du transfert de la fonction Restauration

A l'analyse de la situation actuelle, notamment sur les questions :

- De pyramide des âges,
- De la structure de l'effectif de la cuisine de Riantec,
- De la mise en œuvre progressive d'une véritable équipe hôtelière,

Et pour des questions de calendrier, la planification de l'externalisation au GIP doit aboutir à une date de mise en œuvre antérieure au déménagement.

Les premiers pas de ce transfert ont eu lieu avant cet été par l'adhésion au GIP du CHPLR en qualité d'observateur. Ce statut permet ainsi à l'ingénieur en charge de l'unité centrale de pouvoir intervenir auprès des équipes de Riantec et de participer activement aux travaux préparatoires à la migration.

Dès le mois de septembre, le CHPLR pourrait modifier son statut au sein de la structure de coopération pour pouvoir bénéficier, dès l'année 2017, des conditions tarifaires obtenues par le groupement d'achat constitué par le GIP Blavet Scorff et le SILGOM de Vannes (qui distribue les repas notamment pour le Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique à Vannes et de l'EPSM de Saint Avé).

Dorénavant les marchés alimentaires, sauf pour des produits bénéficiant de meilleurs prix en local, seront passés avec ce groupement et ainsi profiter de l'effet volume (équivalent 15 000 repas jour).

Puis, les années 2017 et 2018 seront consacrés aux travaux de préparation à l'externalisation avec d'une part les membres de la direction, l'ingénieur responsable de l'unité centrale, l'équipe de la cuisine et aussi des représentants des services pour - évoquer - les modalités d'organisation, en particulier sur les circuits, la vaisselle et sans omettre la question du système d'information et notamment la commande des repas. L'établissement devra acquérir le logiciel actuellement utilisé par les adhérents du GIP qui permet la commande des repas à distance par les services et les selfs du personnel. Ainsi, il y a une rationalisation de la production permettant la réduction du gaspillage. Le taux de jeter est établi à 2,9% au 31 octobre 2015 et a encore été réduit au cours de l'année 2016 pour arriver à 1,8% en août 2016. Par ailleurs, une convention de récupération des surplus de fabrication est signée avec les Restaurants du Cœur. ¹⁷

3.2.2 La gestion par la Direction des questions sociales

Au 1^{er} janvier de cette année, l'équipe de la cuisine de Riantec était composée de :

- 9 agents titulaires dont 2 en arrêt maladie de longue durée (1 CLD et 1 AT). Une personne est partie à la retraite en mars 2016 ;
- 2 agents en CDI

¹⁷ Grenelle II : obligation de tri et valorisation des déchets alimentaires dans les établissements.

- 4 en CDD
- 2 en contrats aidés

L'effectif total intégrant les agents en arrêt long est donc de 17 agents.

Au regard du scénario retenu par l'établissement, le dimensionnement est amené à être substantiellement revu. En effet le GIP ne proposera que 2 postes sur la chaîne de production en fonction des mouvements de son personnel propre. Sur les sites, le fonctionnement de la cuisine relais ne nécessite pas un effectif supérieur à 3 personnes dont les tâches ne se limiteront pas à ce poste de travail.

Il convient donc que la Direction s'interroge sur le devenir des agents de cette équipe.

Au cours des entretiens d'évaluation de l'année 2015, chaque agent en fonction a été sollicité pour faire connaître ses motivations sur son avenir professionnel. Seule une minorité (5 sur 17) envisage son avenir professionnel dans le cadre de la migration de la prestation :

- Un seul agent désire intégrer le GIP ;
- Un des deux responsables partira à la retraite dans le courant de l'année 2018 ;
- Un autre agent envisage une reconversion professionnelle si possible dans le domaine du transport. Il pourrait donc intégrer le GIP et son équipe de chauffeur ;
- L'autre responsable conditionne son intégration au GIP à l'obtention d'un poste d'adjoint ;
- Le dernier ne souhaite pas intégrer le GIP mais pourrait occuper le poste qui découlera de la nouvelle organisation en interne et - développer le côté relationnel avec une présence régulière dans les offices au moment des services du repas de midi.

Les deux prochaines années seront consacrées à cette mutation importante pour le CHPLR avec également la mise en œuvre progressive de la fonction Hôtellerie. Un accompagnement individuel des personnels de l'actuel Cuisine doit se mettre en place pour permettre la transition professionnelle de ces agents notamment pour les contractuels qui ne seraient pas conservés. La création de la fonction hôtelière permettrait de leur offrir de nouvelles propositions.

En parallèle de la migration de la restauration, le projet d'établissement prévoit une équipe spécifiquement dédiée à la fonction hôtelière (cf. 2.1.3). Ce projet passe obligatoirement par un axe prioritaire dans le plan de formation de l'établissement pour les prochaines années. L'intégration à cette nouvelle équipe se fera sur la base du volontariat. Nous notons d'ores et déjà au sein des équipes, que certaines ASH n'ambitionnent pas de passer le

concours pour devenir aide-soignante mais pour autant, elles souhaiteraient pouvoir réorienter leurs fonctions. Le service des ressources humaines et l'encadrement soignant auront un rôle essentiel pour déterminer les meilleurs profils parmi les volontaires et d'accompagner les agents hésitants à choisir cette nouvelle unité.

3.2.3 Un projet qui doit intégrer les personnels des services et les usagers

La réussite de ce projet repose sur des facteurs divers. Une implication forte des personnels de la cuisine ou des unités ainsi que des usagers est un gage de réussite.

Suite à la validation du programme par les autorités de tutelle et de tarification, le Centre Hospitalier de Port Louis-Riantec doit engager dès l'automne 2016, la démarche de la migration, même si celle-ci ne sera réellement effective qu'au plus tôt en 2019. Par ailleurs le calendrier prévisionnel arrêté pour la mise en œuvre de la fonction hôtelière permettrait qu'à la mise en œuvre du transfert, les nouveaux professionnels chargés de cette fonction soient opérationnels.

Elle doit s'organiser avec une véritable démarche projet avec notamment la constitution d'un Comité de Pilotage qui serait composé notamment de :

- La Direction,
- L'encadrement de la cuisine,
- L'ingénieur du GIP,
- Représentants des unités et en particulier des personnels chargés du service des repas
- Représentants des usagers qui pourraient être les membres du Conseil de Vie Sociale.

Cette diversité au sein du COPIL permettra chaque partie concernée de pouvoir s'exprimer et apporter ces recommandations ainsi que des préconisations éventuelles. Il se verra soumettre le scénario retenu par la Direction pour la migration, ainsi que les axes d'amélioration spécifique au fonctionnement général de l'établissement. Il sera également informé de la mise en œuvre de la fonction hôtelière et du calendrier de déploiement.

Ce COPIL proposera ensuite un certain nombre d'orientations et d'actions à mener ainsi que le calendrier de réalisation dont l'objectif final est le transfert définitif pour le 1^{er} janvier 2019.

Il conviendra pour la première réunion, que les membres du COPIL puissent être en possession d'un plan d'action. Ce plan d'action, devra traditionnellement reprendre chaque action à mener avec notamment la ou les personnes responsables de la réalisation, les ressources à mobiliser ainsi que le calendrier.

Il précisera également le formalisme retenu pour la transmission de l'information aux membres du COPIL.

Il devra être suffisamment détaillé pour bien connaître l'enchaînement des actions et pouvoir cibler les professionnels concernés. Chaque étape devra avoir atteint un seuil de 100% de réalisation avant de pouvoir entamer la suivante.

Au cours des différentes étapes d'avancement du projet, le COPIL sera tenu informé et pourra faire des propositions d'aménagement du calendrier ou du plan d'actions. En dernier ressort la Direction sera le seul décideur pour la bonne marche du transfert.

Il est indispensable également qu'une information régulière vis-à-vis des membres des services, du CTE et du Conseil de Surveillance soit réalisée afin qu'aucune interférence extérieure ne vienne perturber la bonne marche du projet.

Au final il serait éventuellement judicieux de se faire aider par la responsable Qualité afin de respecter les contraintes liées à la certification mais également pouvoir produire à un rythme régulier les procédures qui devront être mises en application tout au long du chantier mais surtout lors de la mise en œuvre effective de la prestation.

Conclusion

Le repas est un moment privilégié dans la vie du résident en institution. En effet, Il marque des moments-clés de la journée que ce soit lors du petit déjeuner le matin qui peut conditionner le bon déroulement de cette journée ainsi que les repas du midi et du soir pris en commun avec les autres résidents ou parfois en chambre lorsque l'état de dépendance l'y contraint.

Une attention particulière doit donc être portée par l'ensemble des intervenants. Cette chaîne allant du chef d'établissement à l'ASH en charge du service est constituée de ces maillons essentiels pour participer à sa réussite.

Dans le cas particulier d'une externalisation de la production des repas, la démarche est sensible et nécessite un engagement des responsables et notamment du directeur. En effet, le directeur est le garant du bon fonctionnement de l'ensemble des services de son établissement et dont c'est le cas pour la restauration.

Les enjeux et les facteurs de risques du projet sont nombreux. Ils portent sur le champ de la qualité qu'il convient de maintenir à un haut niveau, sur le champ économique avec la recherche d'optimisation sur les organisations et la politique d'achats des matières premières notamment et sur le champ organisationnel tant dans la cuisine relais qu'au sein des équipes soignantes.

Le rôle du directeur dans ce projet reste donc fondamental. Ce dernier pilote la démarche dans son ensemble, donne les orientations stratégiques liées au choix de scénario validé par le comité de pilotage. Il est également tenu informé des avancées et des éventuelles difficultés et doit trancher s'il le juge nécessaire afin de valider chacune des étapes du processus.

Tout au long de mon stage de professionnalisation et notamment au travers des réunions auxquelles j'ai participé, des entretiens que j'ai menés et des documents que j'ai compulsés et analysés, j'ai eu la confirmation que la réussite d'un projet de cette ampleur nécessitait une disponibilité et une écoute particulière. Je serais le garant de la bonne marche de cette prestation et de chacune des phases intermédiaires. Etant donné ma situation à l'issue de la formation, si j'obtiens la validation, avec la prise de fonction dans cet établissement au 1^{er} janvier 2017, je serai donc au cœur du dossier dès les premiers jours d'exercice. Je devrais faire preuve de compétence et de négociation avec les différents acteurs intervenant sur le sujet.

Il ne faudra pas pour autant négliger l'implication des résidents et de leurs représentants et avoir une véritable démarche de recherche continue de leur satisfaction, puisqu'il a été démontré que les moments de repas sont pour eux des instants privilégiés. L'objectif

principal à poursuivre dans cette externalisation est que le changement apparaisse comme marginal pour la population accueillie et qu'il conviendra même de rechercher une amélioration de la prestation tant au niveau de la qualité gustative que sur l'environnement du repas. En définitive, et j'ai tenté de le démontrer tout au long de ce travail, le directeur devra agir simultanément sur la fonction restauration et sur la fonction hôtelière. Il s'agira d'un axe fort du projet de gestion qui va se décliner à partir de 2017.

Au travers de mon activité quotidienne de directeur, je mettrai en exergue la qualité des vies des résidents et des patients accueillis dans l'établissement que je dirigerai.

Bibliographie

Textes législatifs et règlementaires :

- Textes nationaux :

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans les établissements médico-sociaux

Ouvrages :

- MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORET, Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées, 216 p

Articles (de périodiques) :

- BERGE F, mars-avril 2015, « Qualité et économies en restauration de santé », *Techniques Hospitalières*, n°750, pp 31-34.
- HANSEN JC, DUMONT N, ANQUETIN MC, HAVEL-D'ANGELO C, LARCHER S, Janvier-Février 2014, « Prévention de la dénutrition en EHPAD : la qualité de l'offre alimentaire ne suffit pas – EHPAD Hospitalier d'Asselin-Hédelin à Yvetot (Seine Maritime) », *Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, Tome XXI, pp
- AMIGON WATERLOT S, Mai-juin 2011, « Prise en charge alimentaire, nutritionnelle et hôtelière des personnes âgées », *Techniques Hospitalières*, n°727, pp 28-32.

Rapports :

- ATIH, 2013, *Les coûts en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*
- ANESM, 2011, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*

Mémoires :

- BOUCHILLOUX H., 2014, *Concilier l'amélioration de la qualité alimentaire et la performance économique : une gageure* : Mémoire de fin d'études : EHESP Rennes, 59 p
- VUKASSE L., 2012, *Optimiser la fonction restauration en institution, un enjeu majeur de la restructuration d'un EHPAD* : Mémoire de fin d'études : EHESP Rennes, 57 p
- LE BORGNE G., 2008, *Concéder la restauration en E.H.P.A.D. à une société de restauration collective : l'exemple de la Résidence les Grands Jardins à Montauban de Bretagne* : Mémoire de fin d'études : EHESP Rennes, 56 p

Sites Internet :

- CENTRE HOSPITALIER D'AUXONNE (Côte d'Or), *Manger avec les doigts, un bienfait pour l'autonomie des patients*, le 20 mars 2014, disponible sur internet : <http://www.maisons-de-retraite.fr>

Liste des annexes

ANNEXE I : Fiches de postes pour la cuisine centrale positionnée à Riante

ANNEXE II : Programme A2MO pour le projet architectural

ANNEXE III : Questionnaire de satisfaction des résidents sur les repas

ANNEXE IV : Synthèse des scénarii Restauration du Nouvel Hôpital de Port Louis-Riante

**ANNEXE I Résumé des Fiches de postes pour la cuisine centrale
positionnée à Riantec**

POSTES DE TRAVAIL

Poste 4 :

Distribution du pain, réception, contrôle et rangement des marchandises, mise à disposition des marchandises nécessaires pour la production et la distribution, livraison des repas sur Port-Louis, gestion des stocks, passage des commandes, nettoyage du local et du matériel, contrôle l'efficacité du nettoyage

Poste 2 :

Cuisson des viandes et des légumes, cuisson des laitages et du potage, préparation des viandes hachées et des repas mixés, conditionnement des plats cuisinés en barquettes individuelles et en vrac, mise en cellule de refroidissement, nettoyage du local et du matériel

Poste 5 :

Lavage et épluchage des fruits et légumes frais, préparation et conditionnement des hors-d'œuvre, préparation et conditionnement des desserts, filmage et étiquetage des barquettes, tranchage des viandes et conditionnement, préparation des collations pour les services, conditionnement et expédition des repas pour les restaurants, ventilation des échelles de production en stockage, conditionnement pour le portage de repas à domicile, nettoyage du local et du matériel

Poste 3 :

Conditionnement des assiettes, ventilation des repas dans les chariots de distribution, ventilation des repas dans les chariots de transport, mise en place pour le lendemain, préparation du potage le week-end, nettoyage des chambres froides le week-end, nettoyage du local et du matériel

Poste 7 :

Nettoyage du matériel mobile de cuisson et des petits ustensiles, nettoyage à la main ou à la machine

CL :

Nettoyage des assiettes et petits déjeuners

ANNEXE II PROGRAMME DU PROJET ARCHITECTURAL – SITE DE RIANTEC

Tableau des surfaces (besoins arrêtés en novembre 2015)

Accueil / Administration				
Hall - Accueil	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Hall/sas	20	1	20	
Sanitaire visiteur (PMR)	4	2	8	
Local SSI	6	1	6	
Poste accueil GAP	12	3	36	Ces 3 postes font également l'accueil et l'orientation du public
Responsable GAP	12	1	12	
Espace repro / imprimante / fournitures	12	1	12	
Bureau secrétariat médicaux	12	2	24	Bureaux jumelés et proche de la GAP
Espace boîtes aux lettres	pm			Inclus dans circulation au plus près de l'administration
	TOTAL SU		118	
			Rdmt SDO/SU 1,25	
	TOTAL SDO		148	

Administration	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Pole administration	pm			
Accueil administration	12	1	12	Fonction à définir
Bureaux "polyvalent"	12	1	12	1 poste pour recevoir 2 personnes
Local reprographie/fax + archives	10	1	10	
Archives vivantes	pm	1		
WC pour le personnel	4	2	8	accessible PMR
Bureau informaticien	18	1	18	avec rangement matériel et établi
Bureau qualité + Infirmière hygiéniste	18	1	18	pour 2 personnes
Salle d'équipe / Détente du personnel	18	1	18	Pour 10 personnes
Salle de réunion	15	1	15	Pour 8 personnes
Pole direction générale				
Bureaux Direction Générale	18	1	18	avec espace réunion intégré
Secrétariat administratif - bureau	12	1	12	à 1 poste
Attente 3 pers,	pm			Ouverte dans circulation
Pole RH / Soins				
Bureau attaché Ressources Humaines	12	1	12	à 1 poste
Bureau du personnel	12	1	12	à 1 poste
Bureau du personnel	12	1	12	à 1 poste
Bureau Cadre Supérieur	12	1	12	à 1 poste
Local dossier du personnel	6	1	6	linéaire de rangement de dossier (A4) sur tous les murs
Attente 3 pers,	pm			Ouverte dans circulation
Pole achats logistique finances				
Bureaux financiers	12	1	12	à 1 poste
Bureau services économiques et financiers	25	1	25	à 2 postes + photocopieur et placard de dossiers (4,5m)
Local serveurs	pm			Local à intégrer au rez de jardin/ prévoir en plus un local back up local intégrant le serveur administrateur réseau mais aussi stockage du matériel informatique. Accès contrôlé.
	TOTAL SU		232	
	Rdmt SDO/SU		1,25	
	TOTAL SDO		290	

Espace formation	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Salle du CA / réunion	50	1	50	Pour 30 personnes
Salle de formation	25	1	25	jusqu'à 19 personnes
Office / tisanerie	8	1	8	
WC visiteurs associé aux salles	4	2	8	accessible PMR
	TOTAL SU		91	
	Rdmt SDO/SU		1,25	
	TOTAL SDO		114	

SSIAD - Médecine du Travail - Consultations

Consultations - SSIAD - Médecine du Travail	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
SSIAD				
Attente 3 pers,	pm			Ouverte dans circulation
Bureau IDE coordinatrice	12	1	12	
Equipe mobile mémoire	16	1	16	
Réserve	6	1	6	
Espace aides soignates	18	1	18	
Consultations				
attente fermée	10	1	10	Pour 5 personnes
attente brancard	10	1	10	Pour 2 brancards
Cabinet de consultations polyvalents	16	2	32	sert pour médecine du travail également
Bureau Assistante sociale	12	1	12	
Espace de repos des patients	40	1	40	futur hôpital de jour
Bureau médecins	12	5	60	
Attente 3 pers,	pm			Ouverte dans circulation
WC publics	4	1	4	accessible PMR
WC pers.	4	1	4	accessible PMR
Local ménage				mutualisé par l'établissement
	TOTAL SU		224	
	Rdmt SDO/SU		1,25	
	TOTAL SDO		280	

EHPAD NIVEAU 0 (75 lits)

Accueil / Pôle animation	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sanitaire visiteur (PMR)	4	2	8	2 blocs séparation H/F
Place du village	70	1	70	avec espace cafétéria / boutique
Salon de coiffure	18	1	18	
Salle d'animation - lieu de culte	70	1	70	Adossé à la place du village avec cloison amovible isophonique
Local de recueillement - culte	18	1	18	en liaison avec salle d'animation par cloison amovible pour l'office hebdomadaire
Salle Activités manuelles	25	1	25	15 personnes + rangements
Salle Activités polyvalentes	20	1	20	15 personnes
Bureau des associations	12	1	12	1 poste de travail
Sanitaire résidents (PMR)	4	2	8	y compris espace change
Bureau animateurs	12	1	12	1 poste de travail
Bureau animateurs - salle d'équipe	25	1	25	7 personnes
Local rangement animation	12	1	12	
Espace de rééducation			pm	au niveau du plateau de rééducation
Sanitaires du personnel	4	1	4	
Local ménage + vidoir ménager	8	1	8	
TOTAL SU			310	
Rdmt SDO/SU			1,20	
TOTAL SDO			372	

Accueil de Jour	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Espace de vie	50	1	50	Configuration de l'espace adapté à la déambulation / dont cuisine thérapeutique
Espace repos	15	1	15	
Sanitaires résidents / visiteurs	4	1	4	accessible PMR
Sanitaires résidents / visiteurs	6	1	6	accessible PMR / avec douche
Une salle d'équipe / relais soin	12	1	12	Permettant une surveillance de l'espace de vie / entretien familles / gestion appel téléphonique
Sanitaires du personnel	4	1	4	
rangement	10	1	10	matériel
Local ménage + vidoir ménager	8	1	8	
TOTAL SU			109	
Rdmt SDO/SU			1,20	
TOTAL SDO			131	

Unités "Sécurisée Alzheimer" et Unité "Géronto-psychiatrie"	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Unité "Sécurisée Alzheimer" de 15 lits			420	
Chambres individuelles	20	15	300	
Espace de vie	45	1	45	Configuration de l'espace adapté à la déambulation
Espace préparation repas	16	1	16	cuisine thérapeutique ouverte sur l'espace de vie
Salle d'activité adaptée	18	2	36	
Sanitaires résidents / visiteurs	4	1	4	accessible PMR
Une salle d'équipe / relais soin	16	1	16	Permettant une surveillance et en communication sur les espaces de vie
Sanitaires du personnel	3	1	3	
Unité "Sécurisée Alzheimer" de 15 lits			420	
Chambres individuelles	20	15	300	
Espace de vie	45	1	45	Configuration de l'espace adapté à la déambulation
Espace préparation repas	16	1	16	cuisine thérapeutique ouverte sur l'espace de vie
Salle d'activité adaptée	18	2	36	
Sanitaires résidents / visiteurs	4	1	4	accessible PMR
Une salle d'équipe / relais soin	16	1	16	Permettant une surveillance et en communication sur les espaces de vie
Sanitaires du personnel	3	1	3	
Unité "Géronto psychiatrie" de 15 lits			420	
Chambres individuelles	20	15	300	
Espace de vie	45	1	45	Configuration de l'espace adapté à la déambulation
Espace préparation repas	16	1	16	cuisine thérapeutique ouverte sur l'espace de vie
Salle d'activité adaptée	18	2	36	
Sanitaires résidents / visiteurs	4	1	4	accessible PMR
Une salle d'équipe / relais soin	16	1	16	Permettant une surveillance et en communication sur les espaces de vie
Sanitaires du personnel	3	1	3	
Locaux de service commun			77	
Salle de bains - espace sensoriel				au niveau des locaux commun d'étage
Local lave-bassin	4	1	4	avec porte-bassin mural
Office relais			pm	centralisé par niveau
Local linge propre	10	1	10	1 Armoire de linge par sous-unité / Armoire de linge BIH (65x120) Prévoir un emplacement pour chariot de nursing par sous-unité de 15 lits dans ce local

Local linge sale / déchets	15	1	15	Prévoir l'emplacement pour un roll (roll 120 x 90) et un chariot hoteliers (1 trieur = 1800*600) par sous-unité de 15 lits. Prévoir emplacement pour 3 GRV Ordures Ménagères (1 GRV = 1300*800) / 1 roll carton/tri sélectif (1 roll= 700*800) / 1 conteneur verre D=500mm / 1 conteneur Déchet organique D500mm
rangement	20	1	20	Dimensionné pour 1 chariots-douche / 1 lève-malade / 1 verticalisateur / 2 chariots magasins / 2 guéridons de soins / 1 chaise de pesée, ...
Réserve	20	1	20	comprenant l'alimentaire, couches, petites fournitures pour le service.
Local ménage + vidoir	8	1	8	3 chariots
TOTAL SU			1337	
Rdmt SDO/SU			1,35	
TOTAL SDO			1805	

Unité de 30 lits - EHPAD "moins dépendants"	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Locaux communs Hébergement/soins			85	
Salle à manger			pm	centralisé par étage
Sanitaires résidents / visiteurs			pm	centralisé par étage
Locaux de service				
Office relais			pm	centralisé par étage
Sanitaires du personnel	3	1	3	
Une salle d'équipe / relais soin	16	1	16	Permettant une surveillance des deux sous-unités
Local linge propre	8	1	8	1 Armoire de linge par sous-unité / Armoire de linge BIH (65x120) Prévoir un emplacement pour chariot de nursing par sous-unité de 15 lits dans ce local
Local linge sale / déchets	12	1	12	Prévoir l'emplacement pour un roll (roll 120 x 90) et un chariot hoteliers (1 trieur = 1800*600) par sous-unité de 15 lits. Prévoir emplacement pour 2 GRV Ordures Ménagères (1 GRV = 1300*800) / 1 roll carton/tri sélectif (1 roll= 700*800) / 1 conteneur verre D=500mm / 1 conteneur Déchet organique D500mm
rangement	20	1	20	Dimensionné pour 2 chariots-douche / 3 lève-malades / 1 verticalisateur / 2 chariots magasins / 2 guéridons de soins / 1 chaise de pesée, ...
Réserve	20	1	20	comprenant l'alimentaire, couches, petites fournitures pour le service.
Local ménage + vidoir	6	1	6	2 chariots
TOTAL SU			725	
Rdmt SDO/SU			1,35	
TOTAL SDO			979	

Locaux communs pour le niveau 0	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Salle à manger	140	1	140	Pour 35 personnes / contigue avec accès direct sur office relais
Sanitaires résidents / visiteurs	4	4	16	PMR
Office relais	30	1	30	proche de la salle à manger / séparé en deux espaces propre-sale. 3 chariots régiethermie / 5 chariots petits-déjeuners / 5 dessertes de préparation et distribution des plateaux pour les chambres. Prévoir espace de gestion des petits-déjeuners (stock épicerie sèche – frigo ménager (avec freezer) – micro-onde – chauffe-lait). Office côté sale, gestion de la vaisselle – lave-vaisselle à capot – gestion des plateaux, mais aussi espace de décontamination des chariots (lingettes). Prévoir le stockage épicerie en armoire.
Salon des familles - animation	30	1	30	
Poste de soins				Au centre du fonctionnement général / niveau
<i>Bureau IDE</i>	20	1	20	En communication avec prépa soins / 2 postes informatiques
<i>Salle de préparation des soins</i>	25	1	25	En communication avec Bureau IDE Dimensionné pour pouvoir stocker le rangement solutés / rangement Dispositifs Médicaux / 2 à 3 Chariots de Soins / 1 à 2 semainiers / 3 Armoires de stockage médocs / 1 Armoire à pharmacie "tampon"
<i>Retour sale</i>	6	1	6	Proche de la salle de soins / évier 2 bacs + paillasse avec meuble haut mais possibilité glissé guéridons en dessous.
<i>Rangement matériel</i>	12	1	12	Dimensionné pour pouvoir stocker 5 Pieds à perfusion / 1 Brancard à hauteur variable / 1 Brancard de relevage / 1 Appareil ECG / 1 Guéridon de soins (étudiants IDE) / 1 Dynamap / 2 Nutripompes / 1 Concentrateur O2
Bureau cadre	16	1	16	1 par étage
Bureau psy	16	1	16	
Bureau Polyvalent	12	1	12	

Espace multisensoriel	15	1	15	
Salle de bains - Baignoire hauteur variable	15	1	15	attente baignoire à Hauteur variable + WC
	TOTAL SU		353	
	Rdmt SDO/SU		1,20	
	TOTAL SDO		424	

EHPAD NIVEAU 1 (90 lits)

Unité de 45 lits	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural

Locaux communs				95
Hébergement/soins				
Salle à manger			pm	regroupé par étage
Sanitaires résidents / visiteurs			pm	
Locaux de service				
Office relais			pm	regroupé par étage
Une salle d'équipe / relais soin	18	1	18	Permettant une surveillance des trois sous-unités
Sanitaires du personnel	3	2	6	
Local linge propre	10	1	10	1 Armoire de linge par sous-unité / Armoire de linge BIH (65x120) Prévoir un emplacement pour chariot de nursing par sous-unité de 15 lits dans ce local
Local linge sale / déchets	15	1	15	Prévoir l'emplacement pour un roll (roll 120 x 90) et un chariot hôteliers (1 trieur = 1800*600) par sous-unité de 15 lits. Prévoir emplacement pour 3 GRV Ordures Ménagères (1 GRV = 1300*800) / 1 roll carton/tri sélectif (1 roll= 700*800) / 1 conteneur verre D=500mm / 1 conteneur Déchet organique D500mm
rangement	20	1	20	Dimensionné pour 2 chariots-douche / 3 lève-malades / 1 verticalisateur / 2 chariots magasins / 2 guéridons de soins / 1 chaise de pesée, ...
Réserve	20	1	20	comprenant l'alimentaire, couches, petites fournitures pour le service.
Local ménage + vidoir	6	1	6	2 chariots
TOTAL SU			1055	
Rdmt SDO/SU			1,35	
TOTAL SDO			1424	

Unité de 45 lits	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	

Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Local Chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Locaux communs			95	
Hébergement/soins				
Salle à manger			pm	regroupé par étage
Sanitaires résidents / visiteurs			pm	
Locaux de service				
Office relais			pm	regroupé par étage
Une salle d'équipe / relais soin	18	1	18	Permettant une surveillance des trois sous-unités
Sanitaires du personnel	3	2	6	
Local linge propre	10	1	10	1 Armoire de linge par sous-unité / Armoire de linge BIH (65x120) Prévoir un emplacement pour chariot de nursing par sous-unité de 15 lits dans ce local
Local linge sale / déchets	15	1	15	Prévoir l'emplacement pour un roll (roll 120 x 90) et un chariot hoteliers (1 trieur = 1800*600) par sous-unité de 15 lits. Prévoir emplacement pour 3 GRV Ordures Ménagères (1 GRV = 1300*800) / 1 roll carton/tri sélectif (1 roll= 700*800) / 1 conteneur verre D=500mm / 1 conteneur Déchet organique D500mm
rangement	20	1	20	Dimensionné pour 2 chariots-douche / 3 lève-malades / 1 verticalisateur / 2 chariots magasins / 2 guéridons de soins / 1 chaise de pesée, ...
Réserve	20	1	20	comprenant l'alimentaire, couches, petites fournitures pour le service.
Local ménage + vidoir	6	1	6	2 chariots
	TOTAL SU		1055	
	Rdmt SDO/SU		1,35	
	TOTAL SDO		1424	

Espace typologie PASA	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Espace de vie	60	1	60	Configuration de l'espace adapté à la déambulation / dont cuisine thérapeutique
Sanitaires résidents / visiteurs	4	1	4	accessible PMR
Sanitaires du personnel	4	1	4	
rangement	10	1	10	matériel
	TOTAL SU		78	
	Rdmt SDO/SU		1,20	
	TOTAL SDO		94	

Locaux communs pour le niveau 1	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Salle à manger	140	2	280	Pour 35 personnes / deux salles à manger contiguës avec accès direct sur office relais
Sanitaires résidents / visiteurs	4	4	16	PMR
Office relais	30	1	30	proche de la salle à manger / séparé en deux espaces propre-sale. 3 chariots régiethermie / 6 chariots petits-déjeuners / 6 dessertes de préparation et distribution des plateaux pour les chambres. Prévoir espace de gestion des petits-déjeuners (stock épicerie sèche – frigo ménager (avec freezer) – micro-onde – chauffe-lait). Office côté sale, gestion de la vaisselle – lave-vaisselle à capot – gestion des plateaux, mais aussi espace de décontamination des chariots (lingettes). Prévoir le stockage épicerie en armoire.
Salon des familles - animation	30	1	30	
Poste de soins				Au centre du fonctionnement général / niveau
<i>Bureau IDE</i>	20	1	20	En communication avec prépa soins / 2 postes informatiques
<i>Salle de préparation des soins</i>	25	1	25	En communication avec Bureau IDE Dimensionné pour pouvoir stocker le rangement solutés / rangement Dispositifs Médicaux / 2 à 3 Chariots de Soins / 1 à 2 semainiers / 3 Armoires de stockage médocs / 1 Armoire à pharmacie "tampon"

<i>Retour sale</i>	6	1	6	Proche de la salle de soins / évier 2 bacs + paillasse avec meuble haut mais possibilité glissé guéridons en dessous.
<i>Rangement matériel</i>	12	1	12	Dimensionné pour pouvoir stocker 5 Pieds à perfusion / 1 Brancard à hauteur variable / 1 Brancard de relevage / 1 Appareil ECG / 1 Guéridon de soins (étudiants IDE) / 1 Dynamap / 2 Nutripompes / 1 Concentrateur O2
Bureau cadre	16	1	16	1 par étage
Bureau Polyvalent	12	1	12	
Sanitaires du personnel	4	1	4	
TOTAL SU			451	
Rdmt SDO/SU			1,20	
TOTAL SDO			541	

Niveau 2

Unité de 45 lits Médecine-SSR-SP	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sous-unité de 15 lits			294	
Chambres individuelles	20	13	260	
Chambres doubles	30	1	30	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Salon de proximité			pm	dans les circulations
Sous-unité de 15 lits			294	
Chambres individuelles	20	13	260	
Chambres doubles	30	1	30	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Salon de proximité			pm	dans les circulations
Sous-unité de 15 lits			304	
Chambres individuelles	20	15	300	
Chambres doubles	30	0	0	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Salon de proximité			pm	dans les circulations
Locaux communs			182	
Hébergement / Locaux vie				
Salle à manger			pm	centralisé par étage
Sanitaires patients / visiteurs			pm	centralisé par étage
Salon de proximité / salon des familles	12	1	12	sert de salle d'accueil / repos pour les proches SP
PC infirmier				
Bureau IDE	20	1	20	En communication avec prépa soins / 2 postes informatiques
Salle de préparation des soins	25	1	25	En communication avec Bureau IDE Dimensionné pour pouvoir stocker le rangement solutés / rangement Dispositifs Médicaux / 2 à 3 Chariots de Soins / 1 à 2 semainiers / 3 Armoires de stockage médocs / 1 Armoire à pharmacie "tampon"
Retour sale	6	1	6	Proche de la salle de soins / évier 2 bacs + paillasse avec meuble haut mais possibilité glissé guéridons en dessous.

Rangement matériel	12	1	12	Dimensionné pour pouvoir stocker 5 Pieds à perfusion / 1 Brancard à hauteur variable / 1 Brancard de relevage / 1 Appareil ECG / 1 Guéridon de soins (étudiants IDE) / 1 Dynamap / 2 Nutripompes / 1 Concentrateur O2
Locaux de service				
Office relais / tisanerie			pm	centralisé par étage
Détente du personnel	12	1	12	
Sanitaires du personnel	3	2	6	
Salle de bains / chariot-douche	16	1	16	
Local linge propre	10	1	10	1 Armoire de linge par sous-unité / Armoire de linge BIH (65x120) Prévoir un emplacement pour chariot de nursing par sous-unité de 15 lits dans ce local
Local linge sale / déchets	15	1	15	Prévoir l'emplacement pour un roll (roll 120 x 90) et un chariot hoteliers (1 trieur = 1800*600) par sous-unité de 15 lits. Prévoir emplacement pour 3 GRV Ordures Ménagères (1 GRV = 1300*800) / 1 roll carton/tri sélectif (1 roll= 700*800) / 1 conteneur verre D=500mm / 1 conteneur Déchet organique D500mm
rangement	20	1	20	Dimensionné pour matelas air / montauban / chaise douche / chaise pesée / lève malade / 2 chariots.
Réserve	20	1	20	comprenant l'alimentaire, couches, petites fournitures pour le service.
Local ménage + vidoir ménager	8	1	8	3 chariots + vidoir ménager
			TOTAL SU	1074
			Rdmt SDO/SU	1,35
			TOTAL SDO	1450

Plateau de rééducation	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Salle de rééducation	100	1	100	
Box prise en charge individuelle	8	1	8	communiquant avec la salle de rééducation
Bureau Kiné	18	1	18	avec espace bureau fermé vitré (2 postes informatiques)
Espace de mise en situation / ergothérapie	50	1	50	Un seul espace diviser en plusieurs zones
Bureau Ergothérapeute				
Atelier ergothérapie				
Bureau dieteticienne	12	1	12	
Espace de rééducation / gym douce / psychomotricité	30	1	30	espace pour prise en charge de groupe
Rangement	30	1	30	parc fauteuil avec rangement matériel en hauteur
WC patients	4	1	4	accessible PMR
WC pour le personnel	3	1	3	
Local ménage	8	1	8	
TOTAL SU			263	
Rdmt SDO/SU			1,30	
TOTAL SDO			342	

Unité de 30 lits - USLD	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Salle de bains / chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Sous-unité de 15 lits			320	
Chambres individuelles	20	15	300	
Salon de proximité			pm	dans circulation
Salle de bains / chariot-douche	16	1	16	
Local lave-bassin	4	1	4	dans les sous-unités / avec porte-bassin mural
Locaux communs Hébergement/soins			156	
Salle à manger			pm	centralisé par étage
Sanitaires résidents / visiteurs			pm	centralisé par étage
Salon de proximité / salon des familles	12	1	12	sert de salle d'accueil / repos pour les proches
PC infirmier				
Bureau IDE	20	1	20	En communication avec prépa soins / 2 postes informatiques

Salle de préparation des soins	25	1	25	En communication avec Bureau IDE Dimensionné pour pouvoir stocker le rangement solutés / rangement Dispositifs Médicaux / 2 à 3 Chariots de Soins / 1 à 2 semainiers / 3 Armoires de stockage médocs / 1 Armoire à pharmacie "tampon"
Retour sale	6	1	6	Proche de la salle de soins / évier 2 bacs + paillasse avec meuble haut mais possibilité glissé guéridons en dessous.
Rangement matériel	12	1	12	Dimensionné pour pouvoir stocker 5 Pieds à perfusion / 1 Brancard à hauteur variable / 1 Brancard de relevage / 1 Appareil ECG / 1 Guéridon de soins (étudiants IDE) / 1 Dynamap / 2 Nutripompes / 1 Concentrateur O2
Locaux de service				
Office relais			pm	centralisé par étage
Détente du personnel	12	1	12	
Sanitaires du personnel	3	1	3	
Local linge propre	8	1	8	1 Armoire de linge par sous-unité / Armoire de linge BIH (65x120) Prévoir un emplacement pour chariot de nursing par sous-unité de 15 lits dans ce local
Local linge sale / déchets	12	1	12	Prévoir l'emplacement pour un roll (roll 120 x 90) et un chariot hoteliers (1 trieur = 1800*600) par sous-unité de 15 lits. Prévoir emplacement pour 2 GRV Ordures Ménagères (1 GRV = 1300*800) / 1 roll carton/tri sélectif (1 roll= 700*800) / 1 conteneur verre D=500mm / 1 conteneur Déchet organique D500mm
rangement	20	1	20	Dimensionné pour 2 chariots-douche / 3 lève-malades / 1 verticalisateur / 2 chariots magasins / 2 guéridons de soins / 1 chaise de pesée, ...
Réserve	20	1	20	comprenant l'alimentaire, couches, petites fournitures pour le service.
Local ménage + vidoir	6	1	6	2 chariots
			TOTAL SU	796
			Rdmt SDO/SU	1,35
			TOTAL SDO	1075

Locaux communs niveau 2	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Salle à manger	140	2	280	Pour 35 personnes / contigue avec liaison sur office relais
Sanitaires résidents / visiteurs	4	4	16	PMR
Office relais	30	1	30	proche de la salle à manger / séparé en deux espaces propre-sale. 3 chariots régiethermie / 5 chariots petits-déjeuners / 5 dessertes de préparation et distribution de plateaux pour les chambres. Prévoir espace de gestion des petits-déjeuners (stock épicerie sèche – frigo ménager (avec freezer) – micro-onde – chauffe-lait). Office côté sale, gestion de la vaisselle – lave-vaisselle à capot – gestion des plateaux, mais aussi espace de décontamination des chariots (lingettes). Prévoir le stockage épicerie en armoire.
Salon des familles - animation	30	1	30	
Poste de soins				dans les unités médecine-SSR et USLD
Bureau cadre	16	1	16	1 par étage
Bureau psy	16	1	16	
Bureau Polyvalent	12	1	12	
	TOTAL SU		400	
	Rdmt SDO/SU		1,20	
	TOTAL SDO		480	

LOGISTIQUES

Pharmacie	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Espace de stockage des chariots en livraison depuis pharmacie centrale		1	0	supprimé - livraison dans les pôles soins
	TOTAL SU		0	
	Rdmt SDO/SU		1,10	
	TOTAL SDO		0	

Espace mortuaire	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Salon de recueillement	12	1	12	
Salle de présentation	20	2	40	stockage des 2 tables réfrigérées.
	TOTAL SU		52	En dessous du seuil des 200 décès
	Rdmt SDO/SU		1,20	
	TOTAL SDO		62	

Cuisine relais	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sas de livraison - décartonnage - attente pour retour	8	1	8	
Vestiaire sanitaire du personnel	10	1	10	
Bureau Cuisinier	10	1	10	
Réserve sèche épicerie	45	1	45	
Zone assemblage - préparations	30	1	30	
Sas réfrigéré	10	1	10	livraison / accès depuis l'extérieur
Chambre froide	15	1	15	
Stockage chariots (pour les unités)	40	1	40	jusqu'à 15 chariots de régithermie
Local déchets	10	1	10	
Salle à manger du personnel	200	1	200	
Office relais	35	1	35	proche de la salle à manger / séparation propre sale
Local ménage	4	1	4	
	TOTAL SU		417	
	Rdmt SDO/SU		1,10	
	TOTAL SDO		459	

Buanderie	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Gare linge propre / sale				
Local linge propre	25	1	25	local à double entrée / 17 armoires linge / Armoire de linge BIH (65x120)
Local linge sale	pm	1		intégré dans station déchets
Buanderie- lingerie				
Linge sale sur chariots	12	1	12	8 rolls
Zone de lavage	15	1	15	
sas hygiène		1	0	supprimée
Stockage produits lessiviels	6	1	6	
Zone de finition - séchage	40	1	40	
Réfection - Couture	pm	1		intégré avec séchage prévoir lumière naturelle pour couture
Attente linge propre		1	0	supprimée
Local linge neuf / stock tenues	25	1	25	
Bureau	12	1	12	

Vestiaire / sanitaires			centralisé
	TOTAL SU	135	
	Rdmt SDO/SU	1,10	
	TOTAL SDO	149	

Locaux du personnel	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Sanitaires	4	2	8	PMR proches du self
Vestiaires	270	1	270	séparés H/F - 20% / 80% - 300 pers / 200 présents - compris sanitaires et douches.
Détente du personnel				dans les unités
Local syndical	18	3	54	2 postes de travail
Local Amicale	18	1	18	2 postes de travail
	TOTAL SU		350	
	Rdmt SDO/SU		1,25	
	TOTAL SDO		438	

Logistiques communes	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Stockage	25	2	50	gros matériel, matelas, fauteuils, etc...
Archives centrales	100	1	100	Séparer archives médicales (40m ²)
Garage	PM			Abris type préau pour véhicules type minibus et camionnettes
Local fermé espace vert	18	1	18	motoculteur, équipement espace vert...
Bureau équipe nettoyage	12	1	12	
Local ménage+vidoir	30	2	60	A répartir entre le Rez-de- Jardin et le rez-de-chaussée. 2 grandes auto laveuses / 2 petites auto laveuses / 2 sani vapeur / 4 mono brosse / 1 aspirateur / 4 chariots ménage / rgt produits
	TOTAL SU		240	
	Rdmt SDO/SU		1,10	
	TOTAL SDO		264	

Gestion déchets	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Aire de déchargement	PM	1		A l'abri
Linge sale	35	1	35	
Déchets spéciaux (D3E)				aux services techniques
Local déchets ménager	25	1	25	Dans le bâtiment (attention ventilation) / 17 bacs 660 litres (dim 130 x90)
Déchets vert cuisine	20	1	20	rafraichi
Local déchets de soins	10	1	10	DASRI
Lavage chariot - container	pm	1		sur aire de lavage extérieure sous auvent
TOTAL SU			90	
Rdmt SDO/SU			1,10	
TOTAL SDO			99	

Magasins	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Aire de déchargement	PM	1		A l'abri / Auvent, protection des livraisons contre les intempéries
Hall de réception	20	1	20	
Stockage Magasin	100	1	100	
Départ magasins	20	1	20	
Bureau magasinier	12	1	12	bureau 1 poste
Vestiaire / sanitaires				centralisé avec services techniques
TOTAL SU			152	
Rdmt SDO/SU			1,10	
TOTAL SDO			167	

Services Techniques / Entretien	SU	Qté	SU	Commentaires
	Prog.		Totale	
Bureau	16	1	16	2 postes info
Bureau / archives / GTC	16	1	16	2 postes informatique / documentation technique / PC de la GTC et GMAO
Atelier polyvalent avec magasin	80	1	80	Avec rangement
Service espaces verts	pm	1		Prévoir emplacement au niveau du garage
Salle d'équipe / détente du personnel	15	1	15	commune pour Services techniques / logistiques / ménage / magasins
Vestiaire / sanitaires	30	1	30	centralisé avec la logistique / ménage et le magasin pour 12 personnes
TOTAL SU			157	
Rdmt SDO/SU			1,10	
TOTAL SDO			173	

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SUR LES REPAS

1) Pour vous, que représente le moment du repas ?

- Un très bon moment
- Un moment agréable
- Un moment pas très agréable
- Un moment ennuyeux

2) Etes-vous satisfait de l'ambiance de la salle à manger

- Totalement
- Oui, dans l'ensemble
- Assez peu
- Pas du tout

3) Etes-vous satisfait de la qualité des repas ?

- Totalement
- Oui, dans l'ensemble
- Assez peu
- Pas du tout

4) Etes-vous satisfait de la qualité du service en salle à manger ?

- Totalement
- Oui, dans l'ensemble
- Assez peu
- Pas du tout

5) Etes-vous satisfait de l'horaire du petit déjeuner ? Oui Non

6) Etes-vous satisfait de l'horaire du déjeuner ? Oui Non

7) Etes-vous satisfait de l'horaire du dîner ? Oui Non

8) Etes-vous satisfait de la température des plats chauds ? Oui Non

9) Etes-vous satisfait de la température des plats froids ? Oui Non

10) Etes-vous satisfait du choix sur les boissons ? Oui non

ANNEXE IV

SYNTHESE DES SCENARII RESTAURATION DU NOUVEL HOPITAL DE PORT LOUIS

RIANTEC

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
ASPECTS DE FONCTIONNEMENT				
Production Alimentaire	Totalement par le GIP	GIP + cuisine relais pour les potages/frites et self. Mise en assiette faite sur une chaîne de distribution par la cuisine relais	GIP + offices d'étages dimensionnés pour les petites préparations. Mise en assiette réalisée au niveau des offices d'étages	GIP+ cuisine relais pour les potages/frites et self
Restaurant du Personnel	Salle avec vitrine réfrigéré et fours à micro-ondes. Pas de préparation sur place	Self adossé à la cuisine relais avec possibilité de faire des grillades et des frites	Salle avec vitrine réfrigéré et fours à micro-ondes. Pas de préparation sur place	Self adossé à la cuisine relais avec possibilité de faire des grillades et des frites
Gestion de la vaisselle	Au niveau des offices d'étage	Laverie centrale au rez de jardin avec vaisselle du soir faite le lendemain matin après trempage	Au niveau des offices d'étage	Au niveau des offices d'étage
Effectifs	1 agent / 5 jours par semaine + AS et ASH dans les hôteliers	4 agents pour la chaîne et le self + 2 agents au niveau de la laverie centrale 7/7 Soit 11 ETP	1 agent pour chaque office d'étage chargé de la mise en assiette. Des fonctions hôtelières et d'animation le matin 5/7 Soit 4 ETP	
Coût en personnel				

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET
MEDICO SOCIAL 2015-2016*****Comment réussir l'externalisation de la fonction
Restauration en vue d'un projet de reconstruction
en tenant compte de la spécificité des résidents
d'EHPAD ?*****Résumé :**

Un projet architectural est toujours un évènement historique pour un établissement. D'autant plus quand le résultat sera notamment le regroupement de deux sites sur un seul et que les unités seront installées avec des tailles identiques.

Pour le Centre Hospitalier de Port Louis-Riantec, cette reconstruction s'accompagne, afin de répondre aux recommandations des tutelles, par un transfert de l'activité de restauration. Une externalisation qui oblige donc la direction à se poser un certain nombre de questions vis-à-vis des contraintes économiques, de la question sociale pour les personnels et surtout sur l'exigence du maintien d'une prestation de haute qualité vis-à-vis des usagers.

Ces trois axes sont centraux dans toute la démarche que doit engager l'établissement pour réussir cette migration. La direction a décidé de mettre en place une véritable fonction hôtelière pour répondre aux exigences sur la prise en charge des résidents et notamment leur donner la véritable sensation que l'EHPAD est leur domicile. Ce projet permettra à certains agents, soit ASH, soit en contrat aidé, de pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel aboutissant sur des fonctions polyvalentes et leur permettant de s'éloigner du soin qui n'est pas nécessairement recherché par l'ensemble des ASH.

Une véritable démarche projet sera donc mise en œuvre avec la définition d'un plan d'action et d'un calendrier afin d'avoir une concrétisation dans les meilleures conditions possibles.

Le partage d'informations avec les acteurs concernés est également un facteur de réussite important, d'où la volonté d'une implication forte des résidents et des personnels pour cette nouvelle aventure.

Mots clés :

GIP, fonction Restauration, fonction hôtelière, qualité des repas, mutualisation.