



**EHESP**

---

**Filière Directeurs d'Hôpital**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**Contraintes et opportunités d'une  
coopération innovante : le cas du GIP  
Restauration de l'Angoumois**

---

**Nicolas PRENTOUT**

---

# Remerciements

---

Je souhaite ici remercier toutes les personnes qui m'ont aidé au cours de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier mon encadrant mémoire, M. Didier GIRARD, ingénieur en restauration et responsable de la cuisine du Centre Hospitalier du Mans, pour l'aide, les contacts et les conseils qu'il m'a donnés tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier l'équipe de direction du Centre Hospitalier d'Angoulême et son directeur M. Thierry SCHMIDT.

Je tiens en particulier à remercier mon maître de stage, M. Dominique LAFOUGE qui a été le premier directeur du GIP, pour sa disponibilité, son aide et les conseils qu'il m'a apportés pour la réalisation de ce mémoire, ainsi que M. Jean-Luc ROY, ingénieur et responsable technique du GIP.

Je tiens aussi à remercier M. Gérard CORNEAU, directeur adjoint du CCAS de la ville d'Angoulême.

Plus largement, je souhaite remercier toutes les personnes rencontrées, en particulier l'ensemble des agents du GIP, avec lesquelles j'ai pu échanger sur le sujet.

Enfin, je formule mes meilleurs vœux de succès au GIP et à ses membres pour la réussite de cette coopération innovante.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 LE CONTEXTE DU PROJET</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Les acteurs institutionnels et leurs objectifs</b>	<b>5</b>
1.1.1 Le Centre Hospitalier d'Angoulême	5
1.1.2 La ville	8
1.1.3 Le Centre Communal d'Action Sociale	10
1.1.4 Les syndicats	13
<b>1.2 Les métiers mobilisés</b>	<b>14</b>
1.2.1 Les métiers de la restauration	15
1.2.2 L'encadrement des équipes	15
1.2.3 Les acteurs côté Centre Hospitalier	16
1.2.4 Les acteurs côté CCAS et ville	17
<b>1.3 Analyse de la situation initiale</b>	<b>18</b>
1.3.1 La convention pour la mise à disposition de la cuisine du CHA au CCAS	18
1.3.2 La nécessité d'une nouvelle organisation	19
<b>2 LES ENJEUX ET LES DIFFICULTES POTENTIELLES D'UNE COOPERATION INNOVANTE</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Le statut juridique</b>	<b>21</b>
2.1.1 Le GIP	21
2.1.2 Les avantages et les inconvénients du GIP	24
2.1.3 Les autres modes de coopération envisageables	25
<b>2.2 Le projet architectural</b>	<b>29</b>
2.2.1 La décision de construire une nouvelle cuisine et de fermer les cuisines des sites extérieurs	29
2.2.2 Le choix du lauréat du concours d'architecte, en concertation avec le personnel	31
2.2.3 Les choix techniques et logistiques	33
<b>2.3 La gestion des ressources humaines</b>	<b>36</b>
2.3.1 La coexistence de plusieurs statuts	36
2.3.2 L'accompagnement de la fusion des équipes et les difficultés rencontrées	37
2.3.3 La restructuration simultanée de la fonction restauration au CHA	40

2.3.4	Le règlement intérieur du personnel	42
<b>2.4</b>	<b>Le montage financier</b>	<b>43</b>
2.4.1	La mise en route progressive du GIP	43
2.4.2	Le règlement financier	46
2.4.3	Les conséquences financières en terme de répartition des coûts	47
<b>3</b>	<b>UN DEBUT DE MISE EN PLACE ENCOURAGEANT POUR LA SUITE DU PROJET</b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>Un dialogue de qualité entre les partenaires du GIP</b>	<b>48</b>
3.1.1	Un partenariat basé sur la confiance des partenaires	48
3.1.2	Une association étroite des adhérents et des perspectives d'avenir	48
<b>3.2</b>	<b>Les difficultés liées à la mise en œuvre concrète d'un GIP</b>	<b>49</b>
3.2.1	Les difficultés propres à chacun des partenaires	50
3.2.2	La création d'une personne juridique distincte	50
3.2.3	Les conséquences en terme d'organisation et de facturation pour l'hôpital et le CCAS	51
<b>3.3</b>	<b>La préparation de la mise en service de la nouvelle UCP</b>	<b>52</b>
3.3.1	Des expériences similaires qui permettent de mieux anticiper l'avenir	52
3.3.2	La nécessité d'un bon accompagnement des personnels et des usagers	53
	<b>CONCLUSION</b>	<b>57</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>58</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CA.....	: Conseil d'Administration
CAE.....	: Contrat d'Aide au Retour à l'Emploi
CCAS.....	: Centre Communal d'Action Sociale
CFDT.....	: Confédération Française Démocratique du Travail
CGT.....	: Confédération Générale du Travail
CHA.....	: Centre Hospitalier d'Angoulême
CHS.....	: Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT.....	: Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CLAN.....	: Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CNEH.....	: Centre National de l'Expertise Hospitalière
DRH.....	: Direction des Ressources Humaines
EHPAD.....	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD.....	: Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP.....	: Equivalent Temps Plein
FPH.....	: Fonction Publique Hospitalière
FPT.....	: Fonction Publique Territoriale
FO.....	: Force Ouvrière
GCS.....	: Groupement de Coopération Sanitaire
GIE.....	: Groupement d'Intérêt Economique
GIP.....	: Groupement d'Intérêt Public
HACCP.....	: Hazard Analysis Critical Control Point
HQE.....	: Haute Qualité Environnementale
ISO.....	: International Organization for Standardization
MCO.....	: Médecine Chirurgie Obstétrique
PPP.....	: Partenariats Publics Privés
RTT.....	: Réduction du Temps de Travail
SRC.....	: Société de Restauration Collective
SSR.....	: Soins de Suite et Réadaptation
TVA.....	: Taxe sur la Valeur Ajoutée
UCP.....	: Unité Centrale de Production
USLD.....	: Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

L'article L6134-1 du code de la santé publique autorise les établissements publics de santé à participer à des actions de coopération avec des personnes de droit public ou privé. Ils doivent toutefois rester dans le cadre des missions qui leurs sont imparties. Le texte cite notamment la participation d'un établissement public de santé à un groupement d'intérêt public (GIP).

Depuis une dizaine d'années on assiste à une multiplication de ce type de coopérations pour la gestion d'activités hospitalières situées hors champ du soin. C'est le cas notamment des activités de logistique (restauration, blanchisserie, services informatiques, etc.). Les regroupements hospitaliers sur des sujets ponctuels permettent de faire face aux récentes difficultés de financement que connaissent les hôpitaux, mais plus généralement l'Etat et l'ensemble des personnes publiques. L'amélioration de l'efficience de la dépense publique et donc la recherche du meilleur coût a conduit les personnes publiques à chercher à rentabiliser au maximum leurs activités et leurs investissements<sup>1</sup>. Or des gains d'efficience sont possibles si l'exercice de ces activités se fait à plusieurs.

La fonction restauration à l'hôpital peut être décrite de la façon suivante : elle « recouvre les repas aux malades, au personnel et aux enfants du personnel, en cas d'existence d'une crèche ou d'un centre de loisirs. Toute la gamme des repas est concernées, du petit déjeuner au dîner en incluant les collations aux personnels de nuit. La production et la distribution alimentaires sont opérées soit en liaison chaude ou directe, soit en liaison froide ou différée »<sup>2</sup>.

Le secteur de la restauration hospitalière était très important au Moyen Age<sup>3</sup>. Chaque hôpital, Hôtel-dieu ou hospice possédait un vaste ensemble de fermes, moulins, champs, bois et potagers. Au niveau de l'alimentation, les hôpitaux ont de fait, longtemps fonctionné en autosuffisance, produisant ce dont ils avaient besoin. Les archives des hôpitaux de l'époque évoquent les locaux nécessaires : la boucherie, la boulangerie, la cave, la porcherie, la brasserie, la chambre de l'économe, etc.

Ce n'est qu'au début du XXème siècle, que la notion de cuisine centrale fait son apparition. Elle regroupe la boucherie, le magasin à pain, la dépense, la plonge et la

---

<sup>1</sup> Rapport PEBEREAU, Rompre avec la facilité de la dette publique- pour des finances publiques au service de notre croissance et de notre cohésion sociale, documentation française 2005

<sup>2</sup> BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR JL, Organisation logistique et technique à l'hôpital, 2000, éditions ENSP

<sup>3</sup> WOLF et REGENT, l'histoire de l'alimentation à l'hôpital, groupe histoire des hôpitaux de Rouen

glacière. Cette dernière a initialement fait son apparition pour assurer la conservation du lait, ce qui a permis de diminuer le nombre de vaches nécessaires pour assurer le ravitaillement quotidien de l'hôpital. Au fur et à mesure de l'évolution des techniques, la cuisine centrale hospitalière s'est transformée.

A partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, les fonctions d'hospice destiné aux malades se sont distinguées des fonctions d'hospice destiné aux pauvres et aux vieillards. La seconde fonction a été exercée par les bureaux de bienfaisance, ancêtres des CCAS, tandis que la première a été confiée aux hôpitaux. Dans ces derniers, la fonction restauration est longtemps restée peu élaborée.

Depuis les années 1970, les cuisines hospitalières ont fait l'objet de modernisations et d'investissements importants. La fourniture de repas est devenue une activité importante dans le soin donné au malade. Cependant aujourd'hui, beaucoup de ces structures deviennent obsolètes. D'autant que dans le même temps, les normes de sécurité et d'hygiène se sont considérablement accrues, suite à la vague de scandales sanitaires qui a touché la France et les autres pays développés à la fin des années 1990 et au début des années 2000. De nouvelles exigences sont posées avec le référentiel HACCP. D'autre part, les représentants des usagers ont pris une place grandissante dans la gestion des établissements et veillent scrupuleusement au respect des droits des usagers et à la qualité de leur prise en charge. Au sein même de l'hôpital, des structures comme le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) ont été mises en place. D'importants investissements de maintenance ou de renouvellement d'infrastructures sont aujourd'hui nécessaires. Or le contexte financier des établissements de santé a changé. Au prix de journée puis à la dotation globale a succédé la tarification à l'activité.

Parallèlement les collectivités locales ont été confrontées elles aussi, à des changements d'importance. Leur fonction restauration a subi les mêmes évolutions et les mêmes contraintes que les hôpitaux. Après un certain temps d'investissements massifs dans les cuisines, notamment scolaires pour ce qui est des communes, a succédé une phase plus calme.

A partir de la fin des années 1990, les scandales sanitaires ont conduit à l'application de normes beaucoup plus strictes qui ont rendu obsolète une partie importante des équipements.

Dans le même temps, le vieillissement de la population a conduit au développement de nouvelles missions. A cet égard, la plupart des CCAS ont acquis des compétences dans le domaine de l'aide aux personnes âgées dépendantes. Cela a pu prendre la forme de la mise en place d'une structure de portage de repas à domicile. Les communes ont ainsi

---

dû tenir compte de ces nouveaux besoins, en plus des nouvelles normes, lors du renouvellement de l'équipement de leurs cuisines. Face à ces exigences nouvelles, le financement de structures de taille plus importante est apparu plus adapté que celui de petites structures. Or pour acquérir cette taille, des regroupements se sont révélés nécessaires. Pour y parvenir, l'externalisation de la prestation à une entreprise privée est une possibilité. Mais des regroupements entre personnes publiques ont aussi été envisagés.

Toutefois peu de coopérations ont été amorcées à ce jour entre établissements publics de santé et collectivités locales. Les causes en sont variées. La plus évidente est la différence de publics concernés (malades, enfants, personnes âgées). Une autre cause citée par exemple tient à la différence des statuts entre fonction publique hospitalière et fonction publique territoriale. Pourtant des rapprochements permettraient entre autres d'améliorer le lien entre la ville et l'hôpital,

Les prestations d'hôtellerie dans le secteur hospitalier représentent 25% du budget d'un établissement de santé. Elles participent pour 30% à la réputation des établissements de santé et contribuent à hauteur de 70% à la qualité de vie des patients en milieu hospitalier<sup>4</sup>.

Pour la réalisation de ce mémoire professionnel, un travail de recherche approfondi a été mené. Outre des entretiens avec les acteurs et les agents du GIP, la réalisation de ce mémoire s'est faite sur une base comparative grâce à une enquête menée auprès de responsables hospitaliers de structures comparables.

A côté de ce travail d'investigation, un travail de documentation, notamment juridique et réglementaire a été réalisé. Ce travail a été complété par des visites de cuisines hospitalières.

Une analyse détaillée du contexte et des acteurs spécifiques de ce projet (I) permettra par la suite d'analyser les enjeux et les difficultés réelles ou potentielles de ce type de projet (II) avant de voir le caractère encourageant les débuts de sa mise en œuvre et les conditions du succès de ce type de projet sur le long terme (III).

---

<sup>4</sup> Revue décision santé 01/2007

# **1 Le contexte du projet**

Une grande partie de l'originalité de cette coopération, tient aux acteurs qu'il convient de présenter. Il convient ensuite de décrire les métiers mobilisés par ce projet multidimensionnel, puis de présenter la situation existante au niveau de la cuisine.

## **1.1 Les acteurs institutionnels et leurs objectifs**

L'originalité de cette coopération réside dans l'identité de ses membres. Outre le Centre Hospitalier d'Angoulême, la Ville d'Angoulême et le Centre Communal d'action Sociale de la ville d'Angoulême sont membres de ce GIP.

### **1.1.1 Le Centre Hospitalier d'Angoulême**

#### A) Présentation du Centre Hospitalier d'Angoulême

Le Centre Hospitalier d'Angoulême (CHA) est un établissement de 1 150 lits et places. Il est l'hôpital de référence pour le département de la Charente (345 000 habitants).

Il a accueilli en 2006 : 23 148 personnes en hospitalisation complète, 21 256 personnes en hospitalisation ambulatoire et 207 257 personnes en consultations externes. Le nombre de passages annuels aux urgences est d'environ 40 000.

Le site principal (Girac) se trouve en périphérie de l'agglomération d'Angoulême. Il comprend l'ensemble des services logistiques. Les activités de SSR, d'USLD, d'EHPAD, l'internat et une partie des services de médecine sont situés dans des bâtiments de type pavillonnaire, le reste des activités étant situé dans le bâtiment principal.

Des coopérations existent avec d'autres hôpitaux de Charente (Barbezieux, Cognac, Ruffec,...) ainsi qu'avec les cliniques privées d'Angoulême.

Le Centre Hospitalier d'Angoulême comprend 4 sites :

<b>Centre Hospitalier d'Angoulême</b>	
Personnels non médicaux	2 127 (1 900 ETP)
Personnels médicaux	150 (138 ETP)
<b>Site de Girac</b>	
Nombre de lits MCO	550
Nombre de lits de SSR	15
Nombre de lits d'USLD	120
Nombre de lits d'EHPAD	60
<b>Site de Beaulieu</b>	
Nombre de lits et places d'EHPAD	190
<b>Site de Monchoix</b>	
Nombre de lits de SSR	65
<b>Site de la Providence</b>	
Nombre de lits d'EHPAD	200

L'Unité Centrale de Production (UCP) du Centre Hospitalier est située dans la zone logistique du bâtiment principal du site de Girac. Appelé « Nouvel Hôpital », ce bâtiment a été construit à la fin des années 1970 et mis en service en 1980.

Les avantages de cette situation sont la livraison par voie de manutention automatique des chariots repas à l'ensemble des services du bâtiment principal et l'accès par voie d'un monte charge au restaurant du personnel situé juste sous la cuisine. En outre, le magasin où est entreposée une partie des réserves, est situé à proximité immédiate.

Toutefois, tant les équipements que le bâtiment ont vieilli. Une rénovation importante est nécessaire pour permettre à la cuisine de s'adapter aux nouvelles normes d'hygiène, de sécurité et de qualité.

Ainsi la préparation du « paquet hygiène » en 2007 et 2008, nécessaire pour obtenir l'agrément du service de sécurité sanitaire des aliments, a montré les limites de la cuisine actuelle et la nécessité d'une nouvelle unité de production. A l'issue de l'examen du dossier par la direction des services vétérinaires, les documents présentés par la cuisine actuelle ont été validés mais avec plusieurs réserves. L'emménagement rapide dans la nouvelle cuisine se révèle donc nécessaire.

- B) Une unité arrivée aux limites de ses capacités pour faire face aux besoins après sa mise à disposition partielle au CCAS.

Le dimensionnement de la cuisine n'est plus adapté. Conçue à l'origine pour produire 700 000 repas par an, elle en produit en 2007 près de 900 000, dont 750 000 pour le Centre Hospitalier et 125 000 pour le CCAS et la ville<sup>5</sup>. Par ailleurs, les deux cuisines situées sur les sites extérieurs de la Maison de retraite de la Providence et du Centre de convalescence de Monchoix produisent un total de 200 000 repas par an.

- C) Un financement aléatoire dans un contexte délicat si le CHA avait agi seul.

Dès la fin des années 1990, le Centre Hospitalier a lancé la réflexion sur le devenir de sa fonction restauration. Cette réflexion s'est faite simultanément avec celle du CCAS, sans que pour autant l'idée d'un GIP à trois n'ait été privilégiée.

Un projet assez avancé a été envisagé avec le CCAS et le Centre Hospitalier Spécialisé de Charente, situé à 2 Km du site de Girac. En effet le CHS était aussi doté d'une UCP vétuste et qui nécessitait de gros travaux de rénovation. L'idée d'une mutualisation était envisagée pour reconstruire une nouvelle cuisine commune à ces trois institutions. Dans ce schéma, la nouvelle cuisine aurait été située sur le site principal du Centre Hospitalier compte tenu de son importance. Toutefois, la place du CCAS aurait été très limitée dans ce contexte, compte tenu du volume de ses commandes de repas. A ce stade de la réflexion, l'idée de fermer la cuisine de Monchoix n'était pas envisagée en raison de son éloignement. Quant à la Maison de retraite de la Providence, elle était encore rattachée à cette époque au CCAS. Elle ne sera transférée au Centre Hospitalier qu'en 2005.

Ce projet est abandonné en 2001 après que le CHS ait obtenu les fonds nécessaires à la réfection de sa cuisine.

Toutefois la réflexion du Centre Hospitalier sur l'avenir de sa fonction restauration s'est poursuivie. L'idée de restructurer dans les locaux actuels a été rapidement abandonnée. Il est en effet presque impossible de faire des travaux dans une cuisine tant que celle-ci poursuit son activité. De plus le dimensionnement des locaux était insuffisant par rapport au volume de repas désormais produits. Il fallait donc reconstruire une nouvelle cuisine, tout en gardant les avantages d'une cuisine située en lien direct avec le site principal de

---

<sup>5</sup> Voir annexe 2 « fiches d'identité »

l'hôpital. Cela permettait de laisser la cuisine actuelle en fonctionnement pendant l'époque des travaux et à terme permettait à l'Hôpital de disposer d'une réserve foncière de près de 2000 m<sup>2</sup>.

Pour pouvoir financer un tel projet, il était nécessaire de trouver d'autres partenaires de façon à réduire les coûts estimés alors à 10 M d'€.

- D) Une volonté du CHA de restructurer sa fonction restauration en fermant les cuisines situées sur les sites extérieurs.

Parallèlement, le Centre Hospitalier a entamé une réflexion sur l'ensemble de sa fonction restauration dans le cadre de la préparation de son plan directeur.

La fermeture du Centre de convalescence de Monchoix (63 lits) est envisagée compte tenu de son éloignement du site principal (30 Km), de son isolement et de l'évolution de la patientèle, de plus en plus âgée et dépendante. Il était donc envisagé dans un premier temps de fermer la cuisine et de faire livrer sur place les repas en liaison froide. Dans un second temps, les lits de Monchoix seraient rapatriés sur le site principal, la fermeture complète de Monchoix étant programmée pour 2009.

L'Hôpital s'est vu transférer la propriété et la gestion de la Maison de retraite de la Providence (200 lits) en 2005. Cet établissement précédemment géré par le CCAS est équipé d'une cuisine centrale récemment rénovée. Toutefois, son coût d'exploitation est très élevé et l'Hôpital souhaite, dans le cas de la mise en service d'une nouvelle cuisine, optimiser au maximum sa production. A partir de l'ouverture de la nouvelle UCP en 2009, la cuisine de la Providence sera fermée et les repas livrés par liaison froide pour une remise en température sur place. Ce modèle existe déjà pour la Maison de retraite de Beaulieu (190 lits) située dans le vieil Angoulême.

Dans les deux cas, la fusion des équipes de cuisiniers est programmée. En 2007, 5 agents travaillaient à la cuisine de Monchoix et 9 à la cuisine de la Providence.

### 1.1.2 La ville

- A) Un intérêt limité

L'intérêt de la ville à la mise en place du GIP est plus limité.

Une réflexion avait été envisagée à la fin des années 1990, avec le CCAS sur la création d'une cuisine centrale qui devait produire non seulement les repas des portages à

domicile du CCAS, les repas destinés au self du personnel communal mais aussi les repas des cantines scolaires.

Ce projet s'est heurté à l'organisation très décentralisée de la restauration scolaire. Il existe en effet 18 cuisines dans les écoles maternelles et primaires de la ville d'Angoulême, soit presque autant que de groupes scolaires. En outre ce projet s'est heurté au refus des élus mais aussi des parents d'élèves qui craignaient que cette fusion n'entraîne une diminution de la qualité des repas.

Pour autant, la ville d'Angoulême est un des membres constitutifs du GIP. S'il est exclu que le GIP puisse exercer une activité de restauration scolaire en raison de la trop grande différence entre le rythme de production et la nature des repas d'une cuisine scolaire et d'une cuisine hospitalière, la ville considère que son adhésion au GIP est un des éléments de sa protection civile. En effet, la ville n'a recours aux services du GIP que pour une action de dépannage en cas de défaillance ponctuelle d'une des cuisines scolaires ou en cas d'activation d'un plan de secours (fourniture de repas à des naufragés de la route hébergés dans des locaux municipaux, ou dans le cadre de plan rouge, de plan blanc, etc.).

En ce qui concerne les repas du restaurant du personnel municipal, ils sont produits par le GIP au profit du CCAS qui les sert au personnel municipal.

De fait, dans la convention constitutive, la part des repas commandés par la ville était estimée à 5%. Pour l'année 2007, cette part n'a été que de moins de 1%.

## B) Le maire, titulaire d'une triple casquette

La dimension politique n'est pas absente dans un projet de ce type. Dans le cas du GIP Restauration de l'Angoumois, les trois membres constitutifs avaient à leur tête une même personne : le maire d'Angoulême. Celui-ci est également président du conseil d'administration du Centre Hospitalier et président du conseil d'administration du Centre Communal d'Action Sociale.

Du fait de sa triple casquette, le maire était en position de force pour demander à l'hôpital une coopération dans ce domaine. Cela ne signifie pas que le maire ait été le porteur du projet, mais sa participation active a été une constante du projet et une condition sine qua non à sa réussite. De fait il a été convenu de façon implicite entre le maire et l'hôpital, de laisser à ce dernier la conduite du projet, compte tenu du poids de l'hôpital dans la future cuisine et de l'implantation géographique de celle-ci. En échange, la présidence du conseil d'administration du GIP a été confiée au représentant de la ville qui était également un des principaux adjoints au maire de l'époque.

A cet égard, le changement de majorité intervenu lors des élections municipales de 2008 n'a pas eu d'impact sur le soutien du maire au projet. Dès le mois de juillet, le nouveau maire a participé à la pose de la première pierre de la future cuisine. Dans le même temps, la ville a accepté de céder au directeur de l'hôpital la présidence du conseil d'administration du GIP, moyennant la création d'une fonction de vice président confiée à un représentant du CCAS au conseil d'administration et la promesse d'une présidence alternée chaque année entre le directeur de l'hôpital et le représentant du CCAS.

### 1.1.3 Le Centre Communal d'Action Sociale

#### A) Présentation du Centre Communal d'Action sociale

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est un établissement public communal administré par un conseil d'administration présidé par le maire. Ses membres sont pour moitié des élus désignés à la proportionnelle par le conseil municipal de la ville et pour moitié des personnalités qualifiées désignées par le maire de la commune.

Le CCAS a succédé en 1986 aux bureaux d'aide sociale. Ces derniers avaient succédé en 1953 aux bureaux de bienfaisance mis en place dans les communes lors de la Révolution Française..

Les missions du CCAS sont officiellement définies par l'article L.123-5 du Code de l'action sociale et des familles. « Le centre communal d'action sociale anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Il peut intervenir sous forme de prestations remboursables ou non remboursables. Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il transmet les demandes dont l'instruction incombe à une autre autorité. L'établissement du dossier et sa transmission constituent une obligation, indépendamment du bien fondé de la démarche ».

Les articles L. 123-4 et suivants et R.123-1 et suivants précisent la distinction entre les missions obligatoires et les missions facultatives du CCAS. Parmi les missions obligatoires figurent la participation à l'instruction des demandes d'aide sociale, l'analyse annuelle des besoins sociaux de l'ensemble de la population, et notamment des familles, des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes en difficulté, la mise à jour du fichier des bénéficiaires de l'aide sociale légale ou facultative et la conduite d'une action générale de prévention et de développement social dans la commune en lien avec les institutions publiques et privées. Parmi les missions facultatives figurent la création et la gestion de services et d'établissements sociaux ou médico

sociaux (comme des maisons de retraite) ainsi que l'octroi de prestations remboursables ou non.

Le CCAS de la ville d'Angoulême est structuré en 4 pôles de compétences : un pôle « fonctionnel et administratif », un pôle « enfance, famille, parentalité », un pôle « jeunes, adultes, insertion » et un pôle « personnes âgées, handicapés et maintien à domicile ». Dans ce dernier pôle, l'aspect aide au maintien à domicile est une compétence facultative.

#### B) La mission de restauration du CCAS

Le CCAS, au titre de ses missions sociales, exerce une fonction restauration destinée essentiellement au portage de repas à domicile. Le prix du repas payé par les usagers est plus faible que le prix de revient pour le CCAS. La différence est à la charge du CCAS. Une réflexion interne au CCAS est en cours pour adapter le prix du repas payé par l'utilisateur à son niveau de revenu.

En 2007, près de 250 personnes ont bénéficié quotidiennement de cette prestation à Angoulême et dans quelques communes environnantes qui ont passé un accord avec le CCAS d'Angoulême pour un total de 77 255 repas en 2007. D'autres structures ont bénéficié de ces livraisons de repas comme le CHRS du Pond Point (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), l'école de voile, le foyer résidence, le repas annuel du 3<sup>ème</sup> âge et les repas liés à la vie scolaire et à la jeunesse. Cela a représenté en 2007 47 400 repas. Ce périmètre est susceptible d'évoluer fréquemment<sup>6</sup>.

Ainsi en 2005, le restaurant du « Secours Populaire » a été fermé en raison de sa vétusté. Son fonctionnement était original. Les denrées alimentaires étaient fournies par la « Banque Alimentaire » ou les « Restos du cœur » puis transformées dans les cuisines de la maison d'Arrêt d'Angoulême, avant d'être transportées par les véhicules frigorifiques du CCAS au restaurant du secours Populaire. Depuis 2005, ces repas sont fournis par la cuisine de Girac pour le compte du CCAS qui les refacture au secours populaire à un tarif préférentiel.

La cuisine du CCAS exerçait une activité de production de repas destinée au portage de repas à domicile et à la fourniture des repas des deux restaurants du personnel municipal ainsi que des repas festifs ou de travail commandés à des occasions particulières (journée des anciens, inaugurations, etc.). Cette cuisine pouvait aussi fournir des repas

---

<sup>6</sup> Voir annexe 3 « répartition du nombre de repas du CCAS »

aux cantines scolaires de la ville en cas de défaillance ponctuelle. En outre cette cuisine pouvait être utilisée par la ville en cas de crise nécessitant l'alimentation en urgence de plusieurs personnes (naufragés de la route, plan rouge,...). Elle contribuait de ce fait à la protection civile de la ville.

### C) Une longue réflexion sur l'avenir de sa cuisine

Le Centre Communal d'Action Sociale de la ville d'Angoulême était doté depuis 1982 d'une cuisine centrale sur son site de Marengo, au 3<sup>ème</sup> étage d'un immeuble ancien situé en centre ville. Cet outil avait vieilli et n'était plus fonctionnel. En effet, les réserves de la cuisine située au 3<sup>ème</sup> étage, se trouvaient en sous sol. Il n'était bien sûr pas possible d'agrandir la cuisine sur son site actuel. De plus des problèmes d'étanchéité entre les étages se posaient et l'accessibilité était problématique dans la perspective de travaux visant à rendre cette partie du centre ville piétonne. Au delà de ces problèmes, le relatif désintérêt des élus pour ce dossier explique au moins en partie la lente dégradation des conditions d'activité dans ce lieu.

Des travaux lourds auraient eu pour effet de rendre l'immeuble et la cuisine indisponibles pour une longue durée et auraient de toute façon imposé de transférer la cuisine ailleurs pendant un certain temps.

Plusieurs pistes de réflexion ont été envisagées. Outre celles citées ci dessus avec la ville et le Centre Hospitalier, d'autres pistes ont été étudiées.

Parmi ces pistes, figure la reconstruction de la cuisine du CCAS sur un nouveau site plus accessible. Ce projet n'a eu que peu de soutien de la part des élus. En outre, il supposait un coût élevé que le CCAS aurait porté seul et qui aurait induit des frais d'amortissement très élevés.

Une autre piste envisagée était d'utiliser la cuisine du lycée Marguerite de Valois. Cette cuisine récemment construite n'était, alors, utilisée qu'au tiers de ses capacités. Toutefois des difficultés sont apparues. Le conseil régional, à l'époque n'était compétent que pour les investissements dans les lycées. Le personnel qui y travaillait ne relevait pas encore de son domaine de compétence même si le projet de transfert était déjà envisagé. Or le personnel travaillant dans la cuisine de ce lycée était très hostile à l'idée de voir leur outil de travail utilisé par d'autres agents en dehors des périodes scolaires (vacances scolaires) et donc en dehors de leur présence. Dans ce contexte, le conseil régional n'a pas soutenu le projet pour ne pas risquer d'obérer les chances de succès d'un transfert du personnel de la cuisine du lycée à la région. Par ailleurs la cuisine de ce lycée n'était

pas bâtie pour permettre une expédition. Or l'activité du CCAS rendait nécessaire de transporter vers l'extérieur les repas produits.

- D) Un hébergement temporaire dans la cuisine du CHA après la fermeture de la cuisine du CCAS

Dès la fin des années 1990, les services vétérinaires ont attiré plusieurs fois l'attention de la mairie et du CCAS sur le non respect de certaines normes par la cuisine du site de Marengo. Malgré la réflexion engagée alors, aucune solution n'a été trouvée, sans que des travaux significatifs ne soient entrepris pour autant.

Finalement, en 2002, les services vétérinaires constatant la non-conformité persistante des installations de la cuisine, décident de sa fermeture.

Dans l'urgence, une solution de repli est trouvée avec le Centre Hospitalier avec lequel des contacts avaient déjà été pris.

Une convention d'occupation du domaine public entre le CCAS et le Centre Hospitalier est signée le 25 avril 2002, pour une entrée en vigueur au 2 mai 2002. Cette convention permettait le travail en décalé des équipes du Centre Hospitalier et du CCAS dans la cuisine du Centre Hospitalier. Des bâtiments préfabriqués ont aussi été installés sur le site de l'hôpital de Girac pour héberger les équipes de cuisiniers du CCAS. Ces derniers ont été plutôt bien accueilli par le Centre Hospitalier sans que l'interrogation sur l'avenir de cette situation ne trouve de réponse.

Cette situation présentait un coût très élevé pour le CCAS.

#### 1.1.4 Les syndicats

Les syndicats du personnel hospitalier, mais aussi du personnel du CCAS ont été associés au projet, comme le montre la mise en place d'un comité consultatif. Leur position a été globalement un accompagnement constructif mais vigilant du projet.

Ainsi, la CGT du Centre Hospitalier aurait préféré que l'hôpital assure seul la construction de la cuisine, au besoin en intégrant le personnel du CCAS. Dans ce cas, le CCAS serait devenu un client de l'Hôpital. Pour sa part, la CFDT du Centre Hospitalier aurait préféré le recours à un syndicat inter hospitalier avec le CHS. Faute de solutions de ce type et compte tenu de la nécessité de reconstruire la cuisine, la CGT et la CFDT se sont ralliées au GIP, même si sur le principe, la CGT y demeure hostile. Pour l'ensemble des syndicats « mieux vaut un GIP que le privé ». Toutefois, les organisations syndicales rappellent que

pour une partie du personnel, le GIP est toujours perçu comme « l'antichambre du privé ». La CFDT regrette le caractère tardif de la politique de communication de la direction sur ce sujet.

La CGT émet des inquiétudes sur l'avenir et la pérennité juridique dans le temps de ce type de structure surtout dans un contexte de réformes importantes du secteur hospitalier public. En outre, l'intégration de partenaires privés n'est pas exclue, d'où un risque à terme de privatisation des activités logistiques et techniques de l'Hôpital.

La CFDT relève que la multiplication des groupes de travail a entraîné chez les personnels n'y participant pas, une certaine crainte, au sujet de ce qui s'y décidait. Au niveau des effectifs, les organisations syndicales regrettent un manque de personnel lié à un sous effectif en cuisine pendant la période transitoire qui précède l'ouverture de la nouvelle cuisine. La CFDT craint également que le système de la mise à disposition du personnel, ne soit à terme, source de fragilité pour le GIP au cas où plusieurs des agents souhaiteraient mettre fin à leur disposition. En revanche, ce syndicat est satisfait de la mise en place d'un comité consultatif formé de représentants élus du personnel. La CGT relève cependant que ce comité ne repose sur aucune base légale, d'où une inquiétude sur sa pérennité. Règlementairement, la CGT rappelle que le CHSCT de l'Hôpital d'Angoulême reste compétent pour le GIP car sa compétence concerne toutes les entreprises qui travaillent sur le site de l'Hôpital.

En ce qui concerne le règlement intérieur du personnel, la CFDT y a été opposée car elle n'approuvait pas la stratégie qui a consisté à reprendre le règlement intérieur du CHA. Elle aurait préféré que ce règlement intérieur intègre les spécificités de la fonction restauration. Cette centrale syndicale souhaite aussi que la communication entre la base et la direction soit renforcée et ne soit pas dénaturée par la poursuite d'un simple résultat économique. Elle souhaite par ailleurs qu'un plan de formation adapté soit mis en place pour préparer le déménagement vers la nouvelle cuisine. Enfin, elle rappelle que l'avenir du GIP sera fonction des commandes de repas des adhérents. Sur ce point, le syndicat sera très vigilant.

## **1.2 Les métiers mobilisés**

Outre les métiers de la restauration, les métiers de l'encadrement ont été mobilisés en interne, tandis qu'en externe un certain nombre d'acteurs du Centre Hospitalier et du CCAS ont été mobilisés, notamment en terme de conduite de projet.

### 1.2.1 Les métiers de la restauration

Dans une structure de production de repas, un certain nombre de postes de travail sont systématiquement présents pour permettre l'activité de restauration. Au GIP Restauration de l'Angoumois, une série de fiches de postes a été élaborée pour les métiers les plus fréquents<sup>7</sup>.

C'est le cas des agents administratifs et comptables, du diététicien qualitatif, de l'agent de production chargé du suivi de la qualité, de l'agent de production diététique, des adjoints de production, des cuisiniers, du responsable du secteur réception du magasin, du responsable du secteur expédition du magasin, des magasiniers, des agents polyvalents de restauration, du responsable de la laverie.

### 1.2.2 L'encadrement des équipes

Dès le lancement du projet, un responsable technique, responsable de l'UCP a été recruté par le Centre Hospitalier et aussitôt mis à disposition du GIP. Technicien supérieur à l'origine, ce responsable est devenu ingénieur au cours de l'année 2007. Sa fiche de poste prévoit qu'il définit, optimise et contrôle l'organisation et la production du secteur restauration. Il gère également la logistique ainsi que les fonctions économiques et financières du GIP, en application de la politique du Conseil d'Administration. Il dispose à cet effet de délégations de signature de la part du directeur du GIP.

Il est par ailleurs chargé de la mise en place effective du GIP et de superviser la mise en commun des équipes, le suivi de la préparation de la construction et enfin du déménagement après l'ouverture de la nouvelle UCP. Pendant cette période, il a été chargé de réfléchir aux organisations de travail. Suite à la non mise à disposition d'un technicien supérieur, il est également chargé d'encadrer le secteur de l'expédition et de la logistique du GIP.

Outre cet ingénieur, l'encadrement initial du GIP reposait sur 3 techniciens supérieurs. L'un était jusqu'alors le responsable de la cuisine du Centre Hospitalier. Dans la configuration du GIP, il a été mis à disposition du GIP pour 80% de son temps de travail avec pour mission l'encadrement du secteur production. Sa fiche de poste précise qu'il est chargé de planifier la production culinaire, d'organiser et de contrôler les achats de matières premières. Les 20% restants de son temps de travail sont consacrés à

---

<sup>7</sup> cf. annexe « les métiers du GIP »

l'encadrement des équipes de restauration du Centre Hospitalier, non mises à disposition du GIP.

Un autre technicien supérieur était jusqu'alors responsable de la cuisine de la Maison de retraite de la Providence. Il est désormais mis à disposition du GIP où il est responsable de la gestion financière et du magasin. Selon sa fiche de poste, il a pour mission de mettre en œuvre la comptabilité générale et analytique du GIP à partir du plan comptable adapté, d'assurer la politique des achats dans le cadre du Code des Marchés Publics, de facturer aux clients, d'organiser et de gérer les commandes et les mouvements de stocks de la demande d'approvisionnement à la distribution des produits, de passer les commandes de fournitures, de denrées alimentaires, d'usage unique et de produit d'entretien.

Un autre technicien supérieur était jusqu'alors responsable de l'équipe de cuisiniers du CCAS mais il n'a pas été mis à disposition du GIP.

### 1.2.3 Les acteurs côté Centre Hospitalier

Le directeur de l'hôpital au commencement du projet, puis son successeur à partir de 2005 ont tous deux soutenu le projet. Au niveau de l'équipe de direction, le projet a été porté jusqu'en 2008, par le directeur des services économiques et techniques du Centre Hospitalier, qui a cumulé cette fonction avec celle de premier directeur du GIP entre 2005 et 2008.

Le directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier a été étroitement associé à la mise en place du GIP. Son rôle a porté sur plusieurs points : accompagnement social du personnel du CHA, reclassement des personnels qui refusent la mise à disposition, conseil pour la rédaction du règlement intérieur du personnel, relais de l'information auprès des syndicats du CHA par le biais des instances (CTE, CHSCT) et auprès des membres du CA du GIP.

L'accompagnement social du projet a principalement concerné les agents qui ont refusé la mise à disposition du GIP et qui conformément au statut de la fonction publique devaient être reclassés dans d'autres services du centre hospitalier. Avant de prendre leur décision, les agents concernés ont pu prendre rendez-vous avec la direction des ressources humaines pour examiner leur projet professionnel et étudier les possibilités de reclassement existantes au sein des autres services du centre hospitalier. Ces reclassements se sont faits en lien avec la direction des soins pour les agents qui ont demandé à intégrer un service de soin.

La DRH a également été associée au projet au moment de la rédaction du règlement intérieur du personnel, pour veiller au respect du statut de la fonction publique hospitalière et donner un avis d'expert sur le contenu du document. La DRH a également eu un rôle technique au moment de la rédaction des conventions de mise à disposition du personnel et pour l'élaboration de la liste des agents mis à disposition.

Du fait de cette position stratégique dans la gestion du projet, le directeur des ressources humaines était légitime pour siéger au conseil d'administration du GIP et au comité consultatif, mis en place pour associer des représentants du personnel et des syndicats à la démarche.

Le directeur des services économiques et logistiques a été le porteur du projet côté centre hospitalier. Il a en effet cumulé cette fonction avec celle de directeur du GIP. En tant que titulaire d'une double casquette, il a dès le début précisé qu'en cas de conflit d'intérêt entre ses 2 fonctions, il privilégierait ses fonctions de membre de l'équipe de direction du centre hospitalier. Cette position a été acceptée par la ville et le CCAS. De par cette double casquette, il assure le lien entre l'Hôpital et de GIP.

Le directeur des finances du Centre Hospitalier a été associé à la rédaction du règlement financier du GIP. Il y a exercé deux fonctions : une fonction de conseil et d'expert dans la rédaction du document et une fonction de porte parole du CHA dans les négociations. Il est également membre du conseil d'administration du GIP.

L'agent comptable du GIP qui a été désigné est par ailleurs le trésorier adjoint du centre hospitalier. Cette solution a été retenue, compte tenu de la proximité géographique de la trésorerie de l'hôpital avec le site d'implantation du GIP. Son rôle a été important dans la mise en place du GIP. Il a eu un rôle de conseil et d'expert lors de la négociation sur le fonctionnement financier du GIP. Il a eu également un rôle important de conseil lors du passage en fonctionnement opérationnel du GIP et il a tenu régulièrement à jour la comptabilité du GIP. Membre consultatif du conseil d'administration du GIP, il a un rôle important en terme d'explication et d'avis sur la légalité des délibérations prises.

#### 1.2.4 Les acteurs côté CCAS et ville

Le directeur du CCAS au lancement du projet puis son successeur en 2006 ont tous deux soutenu le projet. Ils ont régulièrement participé aux réunions et aux négociations relatives au GIP. Par délégation du directeur général des services de la Ville, le directeur du CCAS assume aussi la représentation de la Ville auprès du GIP. Au quotidien, le

projet a cependant été porté par le directeur adjoint du CCAS, responsable du secteur restauration du CCAS. Il est l'interlocuteur du directeur du GIP et assure le lien entre le CCAS et le GIP.

Le directeur des ressources humaines et le directeur des finances du CCAS ont exercé un rôle similaire à leurs homologues du Centre Hospitalier.

Au niveau de la ville, le projet a été soutenu activement par la précédente municipalité puis par celle qui lui a succédé en 2008. Entre 2005 et 2008, le président du CA du GIP était d'ailleurs l'un des responsables importants de la municipalité. Aujourd'hui, les nouveaux représentants de la ville s'investissent beaucoup dans l'activité du GIP.

Comme leurs homologues du CHA, le directeur des ressources humaines et le directeur des finances de la ville ainsi que le responsable du contrôle de gestion interne ont été associés à toutes les étapes de l'élaboration du règlement intérieur et du règlement financier.

### **1.3 Analyse de la situation initiale**

La situation antérieure à la création du GIP était marquée par la mise à disposition de la cuisine du Centre Hospitalier d'Angoulême au profit des équipes du CCAS. De cet état de fait est né la nécessité de trouver une nouvelle organisation.

#### **1.3.1 La convention pour la mise à disposition de la cuisine du CHA au CCAS**

##### **A) Le choix de la convention dans un premier temps**

Le choix d'une convention d'occupation du domaine public s'est imposé dès lors que la fermeture de la cuisine du CCAS était imminente et qu'il était impossible d'envisager une autre structure dans un délai si bref. Toutefois, tant du côté de l'hôpital que du côté du CCAS, cette situation était considérée comme provisoire.

Outre l'objet et la description des équipements et des locaux, la convention a fixé des règles de refacturation pour l'utilisation de la cuisine par les agents du CCAS.

Pour l'estimation du coût de la maintenance préventive et curative ainsi que du coût de la consommation de l'eau et de l'énergie et du traitement des déchets et des eaux usées, il a été décidé de refacturer une somme forfaitaire par repas.

Cette convention conclue pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction, a été soumise à l'accord préalable de la direction des services vétérinaires.

Enfin, un protocole de production a été conclu s'agissant des modalités d'utilisation des locaux et des équipements.

#### B) Des modalités pratiques et juridiques peu satisfaisantes sur le long terme

D'un point de vue juridique, de nombreuses incertitudes subsistent quant à la légalité d'une mise à disposition à titre onéreux d'un des services de l'hôpital. Ainsi la jurisprudence « Centre Hospitalier de Morlaix » de 2000 a mis en cause la fourniture par un établissement public de santé d'une prestation de blanchisserie à titre onéreux par le biais de la conclusion d'une convention, donc sans mise en concurrence préalable et sans soumission au code des marchés publics. De fait, le code des marchés publics considère d'une façon générale que les conventions de prestation à titre onéreux sont des marchés comme les autres. Sous cet angle, la convention d'occupation du domaine public peut être perçue comme une prestation de service et donc relever du Code des marchés publics.

### 1.3.2 La nécessité d'une nouvelle organisation

#### A) Un intérêt partagé pour une construction nouvelle et en commun

Le Centre Hospitalier et le CCAS ont constaté l'impossibilité de restructurer leur fonction restauration dans leurs locaux d'origine. Une nouvelle cuisine adaptée aux nouvelles techniques et aux nouvelles normes d'hygiène et de sécurité se révélait nécessaire. Son implantation sur le site de l'hôpital allait de soi. La nouvelle UCP devait seulement disposer d'une importante zone de stockage et d'expédition, tant pour le portage des repas à domicile que pour l'envoi aux sites extérieurs du Centre Hospitalier (pavillons sur le site de Girac et établissements extérieurs). En outre elle devait comporter une galerie de liaison reliée à l'actuelle galerie de manutention automatique pour maintenir ce type de livraison des repas dans les services.

La perspective d'un partage du coût de l'investissement de cette nouvelle cuisine présentait plusieurs avantages.

En participant à l'investissement initial, le CCAS devenait en quelque sorte copropriétaire de la structure et gardait ainsi un certain contrôle sur sa fonction restauration, tandis que

le maintien de la convention ne lui aurait pas permis de pouvoir être associé au choix de la future cuisine et l'aurait maintenu dans une situation précaire à l'égard du Centre Hospitalier. En outre le coût de l'investissement était beaucoup plus faible pour lui, qu'en cas de construction d'une nouvelle cuisine. Enfin ce choix avait l'avantage de lui permettre de conserver son équipe de cuisiniers.

Pour le Centre Hospitalier, le partage du coût de l'investissement lui évitait d'en supporter seul le poids ou d'entamer une réflexion socialement très risquée sur une possible externalisation de la prestation.

#### B) La capacité de faire face à une demande plus importante dans le futur

Dès l'étude de faisabilité, il a été décidé de prévoir une possible augmentation de la capacité de production pour faire face à une augmentation de l'activité du Centre Hospitalier ou de l'activité de portage de repas à domicile. Cette dernière progression est raisonnablement envisageable compte tenu du vieillissement prévisible de la population du territoire. L'adhésion de nouveaux membres, du type EHPAD ou hôpital de proximité a aussi été envisagée. De fait, alors que les besoins sont de 1 million de repas par an, la capacité maximale de production des repas a été fixée à environ 1.4 million de repas par an.

## **2 Les enjeux et les difficultés potentielles d'une coopération innovante**

La mise en place du GIP permet d'examiner toutes les dimensions d'un projet complexe, qu'il convient de prendre en compte avant d'envisager une coopération réelle. A ce titre la réflexion menée sur le statut juridique qui a conduit au choix du GIP est intéressante à analyser avant d'examiner le projet du point de vue architectural, des ressources humaines et du montage financier.

### **2.1 Le statut juridique**

Le centre hospitalier a confié au CNEH la réalisation d'une étude des modalités juridiques possibles pour cette coopération qui était alors originale du fait de ses participants. Il en est résulté que la meilleure modalité de coopération possible était la mise en place d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP).

#### **2.1.1 Le GIP**

##### **A) Le cadre juridique**

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) a été créé par l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982. Au départ limité au secteur de la recherche et du développement technologique, le GIP a connu un développement très rapide ces dernières années dans le domaine de l'action publique.

En créant le GIP, le législateur a voulu institutionnaliser la collaboration des personnes publiques entre elles et avec les personnes morales de droit privé pour exercer ensemble et pour une durée limitée des actions de recherche ou de développement technologique ou gérer ensemble des équipements nécessaires à ces activités.

Il existe deux types de GIP. Certains sont créés par la loi tandis que d'autres sont créés sur une base volontaire qui se manifeste dans l'adoption d'une convention constitutive qui doit être ensuite approuvée par le ministre compétent ou par délégation, par le préfet de département.

Dans le cas qui concerne l'exploitation des fonctions logistiques d'un centre hospitalier, c'est le modèle du GIP créé par convention constitutive qui peut s'appliquer.

Le GIP est doté de la personnalité morale. Il peut être composé de personnes morales de droit public ou de droit privé ou de droit privé investies d'une mission de service public.

Il existe deux modes de gestion des GIP. La convention constitutive fixe si ce sont les règles de gestion financière et comptables de droit privé qui s'appliquent ou si ce sont les règles de la comptabilité publique (décret n°62-1587 du 29 décembre 1962). Cependant, les règles de droit public s'appliquent si le GIP n'est constitué que de personnes publiques.

Dans le cas d'un GIP de droit public, la convention constitutive fixe le régime financier et comptable. Il peut s'agir soit du régime des établissements publics administratifs (M9-1), soit du régime des établissements publics industriels et commerciaux (M9-5). Dans ce dernier cas les prestations du GIP, y compris en faveur de ses membres, sont soumises à la TVA (article 256 et 261 B du code général des impôts). Dans le cas d'un GIP régi par le statut des établissements publics administratifs, les prestations du GIP en faveur de ses membres ne peuvent faire l'objet d'une facturation. Chaque membre du GIP contribue aux frais de fonctionnement ou d'investissement selon une clé de répartition prévue dans la convention constitutive. En ce cas, c'est souvent le recours de chaque membre aux prestations du GIP qui tient lieu de clé de répartition (nombre de repas, kilo de linge lavé,...).

Dans un GIP à gestion publique, l'application des règles de comptabilité publique entraîne plusieurs effets. Il s'agit par exemple de la séparation entre les ordonnateurs et les comptables, de la responsabilité pécuniaire et personnelle de l'agent comptable, qui est comptable public du groupement, des règles spécifiques d'exécution et de suivi budgétaire et comptable des recettes et des dépenses et de l'obligation de déposer les fonds du groupement sur un compte de dépôt au trésor où aucune ligne de trésorerie ne peut être accordée.

Les GIP sont constitués sans capital.

L'objet du GIP est une activité d'intérêt commun ou une mise en commun de moyens. En revanche, le GIP n'a pas vocation à réaliser des bénéfices. S'il en fait de manière involontaire, ils ne peuvent être répartis entre les adhérents mais sont réaffectés au budget du GIP, sauf lors de la dissolution du GIP où ils sont effectivement répartis entre les adhérents du GIP.

## B) Les expériences d'autres GIP en restauration hospitalière

Depuis le milieu des années 1990, le GIP s'est développé dans le secteur hospitalier au-delà du domaine de la recherche et du développement technologique, dans le domaine des fonctions logistiques. Plusieurs dizaines d'hôpitaux ont adhéré à des GIP pour exercer en commun leur fonction restauration, leur fonction blanchisserie ou leur fonction informatique.

En ce qui concerne la restauration hospitalière, plusieurs GIP ont vu le jour depuis la fin des années 1990. Ces projets ont des envergures différentes selon le nombre et l'importance de leurs adhérents et selon le contenu du projet. En effet le GIP peut avoir pour mission la simple exploitation d'une cuisine, mais plus généralement, il peut aussi avoir la mission préalable de construire et de financer la cuisine avant de l'exploiter pour la durée prévisionnelle de l'amortissement.

A ce jour, le projet qui fait référence, dans le domaine de la restauration hospitalière, est le GIP Vitalys de Cornouaille. Ce GIP créé en 1999, regroupe le Centre Hospitalier Intercommunal de Quimper Concarneau, le Centre Hospitalier Spécialisé E. Gourmelen à Quimper, le Centre Hospitalier de Douarnenez et les établissements d'Audierne et Pont-Croix qui y sont rattachés. Ce projet a abouti à la construction d'une nouvelle UCP située à Pluffugan, entre Quimper et Douarnenez. Cette cuisine est d'une capacité de 2 M de repas par an, soit l'équivalent de celle du CHU de Rennes.

D'autres GIP ont été créés récemment. C'est le cas du GIP d'Aubenas dans l'Ardèche, créé en 2006. Ce GIP regroupe les centres hospitaliers d'Aubenas, Buzet et Vals les bains. Le projet a également abouti à la construction d'une nouvelle UCP d'une capacité de 500 000 repas par an. Outre ses membres, ce GIP fournit aussi des repas pour des clients extérieurs tels que les casernes de sapeurs pompiers, les crèches, des associations ou ponctuellement pour des sociétés. Il assure enfin des prestations intellectuelles comme des missions d'audit pour de plus petites structures qui ne disposent pas des compétences en interne.

Comme on le constate, ces GIP ne sont composés que de structures hospitalières. Pour un hôpital, il n'est pas naturel d'adhérer à une structure qui comporte d'autres types d'adhérents.

A cet égard, le GIP Restauration de l'Angoumois a été innovant. Les autres projets de coopération de ce type ont une dimension plus limitée. C'est le cas du GIP Glen Mor, créé en 2007 qui regroupe l'hôpital local de Guérande Le Croisic et la commune du Croisic. Il doit assurer la construction d'une nouvelle cuisine centrale.

### 2.1.2 Les avantages et les inconvénients du GIP

#### A) Les avantages du GIP

Pour la gestion de la fonction restauration des hôpitaux, le GIP présente plusieurs avantages.

Il permet de partager les coûts en cas de nouvel investissement comme la construction ou la rénovation d'une cuisine. En ce cas, la durée du GIP correspond à la durée d'amortissement de l'investissement à l'issue de sa mise en service. Cette durée correspond aussi à la durée de l'emprunt en cas de financement de l'investissement par ce moyen.

Dans un contexte d'efficience de la dépense publique, il peut paraître surprenant de voir plusieurs personnes publiques situées à proximité les unes des autres, engager des dépenses parfois très lourdes pour maintenir ou reconstruire leur cuisine, sans engager au préalable une réflexion sur une mutualisation possible. Les hôpitaux n'échappent pas à ce questionnement.

Au niveau de l'exploitation d'une cuisine, le GIP permet aussi de regrouper en un lieu unique la production de repas. L'effet volume permet des gains d'efficience qui contribuent à la réduction des coûts.

Le GIP présente également l'avantage d'associer l'ensemble des utilisateurs d'une cuisine à son fonctionnement, voire à sa construction. Chacun peut ainsi suivre le budget de cette cuisine et en comprendre le coût.

Le GIP présente aussi une certaine souplesse car il permet l'adhésion ultérieure d'autres personnes morales, y compris de droit privé.

Au niveau financier, le principal centre d'intérêt du GIP reste l'exonération de TVA pour les prestations fournies à ses membres.

Pour les centres hospitaliers dont la cuisine produit des repas pour d'autres structures, il peut être intéressant de créer un GIP avec ses clients de façon à les fidéliser et à ne plus courir le risque de voir sa cuisine en situation subite de déséquilibre financier du fait du départ d'un gros client.

La réflexion sur la création d'un GIP a aussi pour avantage d'inciter un centre hospitalier à isoler et identifier précisément le coût de sa fonction restauration, en se comparant à la « Base d'Angers » et en analysant financièrement la possibilité d'externaliser sa fonction restauration.

#### B) Les inconvénients du GIP

Le GIP peut ne pas être la solution la meilleure pour l'exploitation de la fonction restauration.

D'une part, la coopération avec d'autres hôpitaux et a fortiori avec d'autres personnes morales, peut s'avérer problématique. L'hôpital doit accepter de perdre une partie de sa maîtrise sur la fonction restauration. Dans le cadre d'un GIP, il peut y avoir des difficultés en terme de répartition des coûts entre les membres. L'interdiction de facturation en interne peut conduire à des conflits pour le calcul des clés de répartition.

D'autre part, le GIP peut présenter une certaine lourdeur dans sa gestion. Il impose un suivi rigoureux et distinct des comptes de la structure et la tenue d'instances régulières. Cela représente un temps de travail incompressible lié à la gestion d'une structure propre et qui s'ajoute à la fonction restauration classique.

Sur le plan des ressources humaines la mise en place d'un GIP impose de mettre du personnel à disposition. Or cette mise à disposition se fait sur la base du volontariat. En cas de refus, cela peut poser des problèmes pour la structure et dans l'hôpital pour le reclassement en interne des agents qui ont refusé la mise à disposition.

### 2.1.3 Les autres modes de coopération envisageables

#### A) Le GIE

Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE) a été créé par l'ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 modifiée. Il s'agit d'une personne morale de droit privé, civile ou commerciale selon l'objet poursuivi par ses membres. Comme le GIP, le GIE est institué pour une durée déterminée. Des personnes physiques ou des personnes morales de droit public ou privé peuvent y adhérer. Ils manifestent leur volonté dans l'adoption d'une convention constitutive. L'objectif du législateur à l'époque était de trouver une forme juridique intermédiaire entre la société et l'association.

Le GIE est constitué avec ou sans capital et fait l'objet d'une immatriculation au registre du commerce.

L'objet du GIE est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Cependant, il ne peut prendre à son compte l'ensemble des activités de ses membres. Comme le GIP, il n'a pas pour but la réalisation de bénéfices, mais il peut en réaliser de façon involontaire.

Au niveau comptable, le GIE est soumis aux règles du droit privé.

Au niveau financier, le GIE en lui-même n'est pas soumis à l'impôt sur les sociétés mais ses membres le sont pour la part de bénéfice correspondant à leurs droits. Par contre, le GIE est soumis à la taxe sur le chiffre d'affaire et à la taxe professionnelle.

Comme pour toute société, un contrôle des comptes existe. Il est renforcé en cas de participation d'une personne publique au groupement. Lorsque les personnes publiques détiennent la majorité des voix à l'assemblée générale, le GIE relève du contrôle de la Cour des Comptes.

Pour l'exploitation d'une fonction logistique hospitalière, il est donc possible de recourir au GIE. Toutefois, le Conseil d'Etat, dans son avis n°358 047 du 1<sup>er</sup> août 1995 portant sur les actions de coopération des établissements publics de santé, a limité le recours au GIE en matière de coopération inter hospitalière. Cet avis précise qu' « il y a lieu de considérer que le groupement d'intérêt économique n'est pas un mode de coopération susceptible de réunir exclusivement des établissements publics de santé ». De fait, dans le domaine hospitalier, le GIE est plutôt utilisé pour l'utilisation en commun d'équipements lourds notamment en imagerie médicale.

## B) Le GCS

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) a été créé par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003. son fonctionnement est décrit à l'article L6133-1 du Code de la santé Publique. Le législateur a voulu offrir un cadre à des coopérations poussées entre personnes publiques et entre personnes publiques et privées.

Le GCS est de droit privé s'il n'est constitué que de personnes privées, de droit public s'il n'est constitué que de personnes morales de droit public. Dans les autres cas, la convention constitutive fixe le régime juridique applicable. Toutefois, le GCS ne peut regrouper que des établissements de santé ou médico sociaux, comme des EHPAD. Dans le cas d'une coopération entre un hôpital et une collectivité territoriale, le recours au

GCS n'est donc pas possible, le CCAS et la ville ne pouvant pas être assimilés à un établissement sanitaire ou social.

L'objet principal du GCS dans la formulation actuelle de la loi est la coopération dans le domaine sanitaire sans qu'un GCS dont l'objet serait la création ou l'exploitation d'un service logistique tel qu'une cuisine, soit exclu. Toutefois, le pré projet de loi Santé, Patients, Territoire prévoit explicitement la possibilité que le GCS puisse « organiser, réaliser ou gérer des moyens en son nom ou pour le compte de ses membres, et notamment des fonctions administrative, logistique ou technique ».

### C) L'association

L'association a été créée par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901. Son article 1<sup>er</sup> énonce que c'est « une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes physiques mettent en commun leurs connaissances et leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices ». Elle relève du code civil.

Les personnes morales de droit public peuvent constituer une association et y adhérer à condition de respecter le principe de spécialité. Toutefois, l'association doit être autonome dans sa gestion pour éviter la qualification par le juge, de gestion de fait par une personne publique transparente.

La jurisprudence récente montre d'ailleurs une très forte réticence de la part du juge à ce type de montage. Dans son avis du 1<sup>er</sup> août 1995, le conseil d'état précise qu'une association, dans le cadre d'une coopération ne saurait exercer une mission essentielle de service public. Le fait pour un centre hospitalier de participer à une association pour gérer une partie de ses fonctions logistiques serait regardé avec beaucoup de méfiance par le juge, d'autant plus qu'il existe d'autres formes de coopération beaucoup plus formalisées et beaucoup mieux adaptées aux besoins des personnes publiques.

### D) L'externalisation

L'externalisation consiste pour un centre hospitalier, mais aussi pour un établissement de santé privé, à confier à une société privée tout ou partie d'une de ses activités. En 1998, le taux de sous traitance était de 8.5% dans les hôpitaux publics<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Revue collectivité express, juin juillet 1998

Il existe trois types traditionnels d'externalisation de la fonction restauration: la maîtrise de l'approvisionnement, l'assistance technique et la gestion complète de la cuisine.

Dans le cadre d'une maîtrise des approvisionnements, le centre hospitalier externalise ses achats alimentaires en les déléguant à la direction des achats et de la logistique d'une société de restauration collective (SRC) ou d'une centrale d'achat. En 1998, c'était le cas de 18% des établissements publics de santé.

Avec un contrat d'assistance technique, les SRC concentrent leurs actions sur l'organisation de la production réalisée par les cuisiniers de l'établissement. Un gérant est désigné par la SRC pour assurer des fonctions d'encadrement et de formation des équipes, de respect des bonnes pratiques et des normes HACCP, et de réalisation de fiches de postes et de fiches techniques. En 1998, 9% des hôpitaux du secteur public avaient recours à ce type de contrat.

La gestion complète de la cuisine consiste pour un centre hospitalier à sous traiter à une SRC toute la production des repas réalisée par les équipes du prestataire, soit sur son site soit sur le site de l'hôpital. Ce type d'externalisation concerne essentiellement les établissements de santé privés. En 1998, il n'y avait que 2 ou 3 cas recensés dans les hôpitaux publics.

Le choix du prestataire se fait sur la base de 5 critères qui peuvent aussi contribuer à la décision d'externaliser<sup>9</sup>.

- Il s'agit de la fourniture de menus variés respectant les recommandations du « groupe permanent d'étude des marchés publics en denrées alimentaires » de la direction des affaires juridiques du ministère et du programme national « nutrition santé ».
- Il s'agit également du respect de la sécurité alimentaire à travers une démarche transparente de traçabilité.
- Il s'agit aussi à travers une grande proximité avec le prestataire, de s'assurer d'une grande réactivité à la demande. Le prestataire doit pouvoir offrir des prestations souples et flexibles et donc adaptées aux besoins de l'établissement.
- Enfin le prestataire doit disposer d'équipes issues de la restauration traditionnelle et formées.

Dans le cadre de la réflexion sur le GIP « Restauration de l'Angoumois », il a été envisagé d'externaliser la prestation. Toutefois, cette hypothèse a été rapidement écartée. D'une part les expériences passées n'ont pas eu de suite dans des structures de la taille d'Angoulême. D'autre part, la cuisine disposait d'une équipe compétente et relativement jeune. Un grand nombre de reclassements aurait été délicat à gérer par l'hôpital comme

par le CCAS. Enfin, faute d'une offre sur place suffisante, le prestataire privé qui aurait été sélectionné aurait dû construire une nouvelle cuisine centrale. Il aurait donc demandé des garanties pour un engagement sur une longue durée. Au final, la ville comme le CCAS ne trouvaient pas d'intérêt dans cette formule.

Pour ce qui est de l'investissement proprement dit, la récente loi de 2004 permet les partenariats publics privés (PPP). Toutefois, l'expérience récente de ces PPP montre qu'ils ne présentent de réel intérêt pour la personne publique, que si le montant de l'investissement est significatif. De fait, un projet portant simplement sur la construction d'une cuisine centrale, même d'une certaine ampleur ne semble pas assez important ou complexe pour justifier le recours au PPP.

Dans le cadre du GIP « Restauration de l'Angoumois », cette possibilité n'a pas été envisagée car trop récente. De plus l'expérience montre aujourd'hui que les PPP sont adaptés pour des projets d'un montant beaucoup plus important.

## **2.2 Le projet architectural**

Le projet architectural a suivi un cheminement classique en débutant par une analyse de la situation et des besoins avant de retenir un projet d'architecte et des solutions techniques et logistiques pour l'exploitation future de la cuisine. Le personnel a été bien sûr associé à cette démarche.

### **2.2.1 La décision de construire une nouvelle cuisine et de fermer les cuisines des sites extérieurs**

#### **A) L'analyse des besoins et la définition du périmètre du GIP**

Une analyse préalable des besoins a été réalisée. Elle a conduit à définir le périmètre d'activité du GIP.

Ainsi, pour le Centre Hospitalier, il a été décidé de limiter le GIP à une fonction de production de repas. Compte tenu de la particularité du milieu hospitalier, la distribution des repas est restée du domaine de l'hôpital. Cela a été évident dans les services de

---

<sup>9</sup> Article de décision santé, janv. 2007.

soins où la fourniture des repas est faite par des aides soignants ou des agents de service hospitalier. Cela a eu des conséquences différentes dans des structures telles que l'internat, le self du personnel ou les maisons de retraite livrées en multi portion, pour lesquels les personnels du secteur restauration continuent de travailler en dehors du GIP. Concrètement, la mission du GIP prend fin lorsque le chariot avec les plateaux repas est installé sur la manutention automatique. Pour les sites extérieurs du CHA, le GIP a pour mission de livrer les chariots repas. le transport par poids lourd est donc à sa charge. Pour le CCAS, la livraison des repas à domicile a été intégrée à la prestation. La mission du GIP prend donc fin à la livraison à domicile du repas.

## B) Les différentes hypothèses envisagées

Le Centre Hospitalier d'Angoulême et la ville d'Angoulême ont financé une étude du CNEH pour connaître les différentes possibilités de montage juridique et financier d'une telle opération. La situation initiale est la décision de construire une nouvelle cuisine centrale sur un terrain appartenant au domaine public de l'hôpital et jouxtant le site actuel de la cuisine pour permettre le maintien de la livraison des repas par un système de manutention automatique.

Quatre hypothèses ont été étudiées :

- La construction et le financement sont assurées par le Centre Hospitalier qui assure la maîtrise d'ouvrage de l'opération, les locaux étant ensuite loués au GIP.
- La construction et le financement de la cuisine sont assurées par le GIP, qui n'est pas propriétaire du terrain.
- La construction et le financement de la cuisine sont assurées par le GIP, devenu propriétaire du terrain.
- Le Centre Hospitalier d'Angoulême décide de recourir à un bail emphytéotique hospitalier et impose au preneur la construction, le financement et la location au GIP de la cuisine centrale.

Toutes ces hypothèses présentaient des avantages et des inconvénients.

La 1<sup>ère</sup> hypothèse, dans laquelle le Centre Hospitalier finance, construit puis loue la cuisine au GIP, suppose que l'Hôpital ait les moyens financiers et humains de porter un tel projet.

La 2<sup>ème</sup> hypothèse est celle qui a été finalement retenue. Elle présentait le risque de ne pas emporter l'adhésion des partenaires de l'hôpital, dans la mesure où la convention d'occupation du domaine public est révocable chaque année et où la propriété des bâtiments reviendra à terme au Centre Hospitalier.

La 3<sup>ème</sup> hypothèse aurait impliqué que l'hôpital renonce à une parcelle de son domaine public.

La dernière hypothèse était plus complexe. Le Centre Hospitalier aurait conclu un Bail Emphytéotique Hospitalier avec un tiers qui aurait été chargé de financer, construire puis louer le bien au GIP. A l'issue du bail, la propriété du bâtiment serait revenue au Centre Hospitalier.

## 2.2.2 Le choix du lauréat du concours d'architecte, en concertation avec le personnel

### A) Le concours d'architecte et l'introduction de critères HQE

La construction d'une nouvelle cuisine nécessite, sur le plan du droit, de passer par la procédure du concours, conformément à l'article 38 du Code des Marchés Publics. Dans sa version de 2006, cet article énonce : « Le concours est la procédure par laquelle le pouvoir adjudicateur choisit, après mise en concurrence et avis du jury mentionné à l'article 24, un plan ou un projet, notamment dans le domaine de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme, de l'architecture et de l'ingénierie ou des traitements de données, avant d'attribuer à l'un des lauréats du concours un marché. Le concours peut être ouvert ou restreint. Les participants au concours sont indemnisés selon des modalités prévues par le règlement du concours ».

Il s'agit en l'espèce d'un concours d'architecte, tel que défini par le décret n° 93-1269 du 29 novembre 1993. Son article 1<sup>er</sup> énonce : « Le concours d'architecture et d'ingénierie est la mise en compétition de maîtres d'œuvre, qui donne lieu à l'exécution de prestations déterminées par le règlement du concours et destiné à permettre à un jury de se prononcer sur les projets, en vue de la passation d'un contrat de maîtrise d'œuvre. »<sup>10</sup>

Un projet technique détaillé a ensuite été élaboré.

A cette occasion, des critères de Haute Qualité Environnementale (HQE)<sup>11</sup> ont été introduits par le maître d'ouvrage.

Il existe 14 cibles HQE :

---

<sup>10</sup> Source : Art. 1er du Décret no 93-1269 du 29 novembre 1993 relatif aux concours d'architecture et d'ingénierie organisés par les maîtres d'ouvrage publics NOR: EQUU9301162D

<sup>11</sup> KLEINOD, B, Végétalisation des toitures, 2001, Eugen Ulmer Eds

1. Relation harmonieuse des bâtiments avec leur environnement immédiat
2. Choix intégré des procédés et produits de construction
3. Chantier à faibles nuisances
4. Gestion de l'énergie
5. Gestion de l'eau
6. Gestion des déchets d'activités
7. Gestion de l'entretien et de la maintenance
8. Confort hygrothermique
9. Confort acoustique
10. Confort visuel
11. Confort olfactif
12. Qualité sanitaire des espaces
13. Qualité sanitaire de l'air
14. Qualité sanitaire de l'eau

Sur les 14 critères possibles, trois cibles ont été retenues :

4. La gestion de l'énergie (toiture végétalisée, vitrages, panneaux solaires, récupération des calories des groupes froids, choix des équipements)
7. La gestion des maintenances
8. Le confort hygrothermique

De fait, le bâtiment n'aura pas la qualification de HQE mais en respectera l'esprit et une partie des règles. Pourquoi ?

Parmi les difficultés à relever, il faut noter le faible nombre de réponses au concours d'architecte (trois) dont une a été disqualifiée en raison de ses liens privilégiés avec l'un des assistants maître d'ouvrage.

#### B) La participation du personnel au choix

Tout projet architectural, pour réussir, nécessite d'associer le personnel qui va utiliser le futur bâtiment. Dans le cadre du GIP « Restauration de l'Angoumois », la décision a été prise très tôt d'associer l'ensemble du personnel travaillant aux cuisines, y compris le personnel du CCAS et celui des sites extérieurs du CHA, à l'analyse des offres présentées dans le cadre du concours d'architecte.

De fait, dès la réception des offres, deux groupes de travail ont été constitués. Ils étaient composés d'une quinzaine de membres du personnel volontaires, de l'encadrement du

GIP et des assistants maîtres d'ouvrage. Il n'y avait pas de distinction entre agents du Centre Hospitalier et agents du CCAS. Deux groupes se sont réunis de février à avril 2007. L'un des groupes était chargé d'étudier les projets pour vérifier le respect des exigences en terme d'organisation et d'espace, l'autre était chargé de les étudier pour vérifier le respect des exigences architecturales et de process.

Des réunions de travail se tenaient l'après midi après la fin du service des agents. A chaque réunion, un nouvel aspect des projets était analysé. Des restitutions communes avaient lieu chaque semaine en séance plénière. De la sorte une analyse complète des offres a pu ainsi être progressivement réalisée. Après deux mois, une restitution finale a pu être présentée. C'est ce rapport d'analyse qui a été communiqué aux membres du jury. Le but de ces groupes de travail n'était pas de dire quel était le projet qui leur convenait le mieux mais de faire une analyse objective des offres. C'est sur la base de cette analyse que le jury du concours a choisi le lauréat de ce concours d'architecte. Il convient de relever que dans le cas présent, c'est le projet qui avait la préférence des groupes de travail qui a été retenu. On le voit l'association du personnel a été très forte.

### 2.2.3 Les choix techniques et logistiques

#### A) Le type de construction et la solution énergétique retenue

La future cuisine aura une surface utile de 2 238 m<sup>2</sup> pour un volume de 5 225 m<sup>3</sup>. L'actuelle cuisine du Centre Hospitalier a une surface utile d'environ 1 900 m<sup>2</sup>.

La solution énergétique retenue en lien avec l'introduction de critères HQE, est une chaufferie centrale au gaz naturel, une installation de capteurs solaires thermiques pour la production d'eau chaude sanitaire et la récupération de chaleur sur les équipements techniques de production de froid.

Une étude préalable en terme d'avantages, d'inconvénients et de durée de retour sur investissement a été réalisée. A titre d'exemple, la solution des capteurs solaires présente pour avantage d'offrir une énergie gratuite par récupération d'énergie solaire, une énergie propre qui ne produit pas de gaz à effet de serre et qui s'inscrit dans une démarche HQE. Les inconvénients de cette solution sont le besoin d'un gros volume de stockage, la nécessité d'un appoint énergétique en cas d'absence de soleil et l'impossibilité de faire de la production instantanée. Au final, la solution énergétique retenue prévoit un temps de

retour sur investissement de 6 ans plus long que celui de la solution ne prévoyant que le gaz naturel.

## B) Le type d'UCP et les nouveautés techniques introduites

Au niveau de la production, l'installation dans la nouvelle cuisine sera l'occasion de renouveler la plus grande partie du matériel. De nouveaux matériels tels que les marmites à agitateur, les marmites à vapeur seront installées. Elles permettront d'améliorer les rendements et auront des capacités plus adaptées aux besoins.

Au niveau de la technique de cuisson, une modification majeure sera introduite, la cuisson à basse température.

Cette technique offre plusieurs avantages. Elle permet de lancer une cuisson en début d'après midi qui se termine le lendemain sans qu'il soit nécessaire de la surveiller en permanence. Il s'agit d'une sorte de cuisson masquée. Cela permet des économies en temps de personnel et une meilleure planification des cuissons sur plusieurs jours grâce à l'optimisation des cellules de refroidissement.

En outre une cuisson à une température plus basse et sur une durée plus longue permet des économies d'énergie. Grâce à cette technique, le produit réduit beaucoup moins à la cuisson. Le gain est d'environ 15% sur la masse du produit.

D'autres changements techniques seront introduits. Ainsi une ligne de conditionnement pour la mise en barquette sera installée qui permettra le remplissage automatique des barquettes. Cela évitera un travail pénible et répétitif pour les agents. La technique du gazé sous vide sera introduite. Cette technique qui enlève l'oxygène de la barquette avant son conditionnement permet ainsi de réduire fortement l'oxydation du produit ce qui permet d'augmenter sa durée de vie sans ajouter de conservateurs. La durée de vie du produit peut ainsi aller jusqu'à 4 jours. La fraîcheur visuelle du produit est aussi plus importante. Toutefois sur certains produits, ce type de conditionnement peut altérer les qualités organoleptiques.

## C) Le type de prestations

La construction de la nouvelle UCP n'a pas eu pour objectif principal de modifier la nature de la prestation. Ce projet ne s'est d'ailleurs pas accompagné d'un projet d'amélioration de la qualité. La priorité était à l'accompagnement du changement. En effet, en moins de deux ans les équipes des cuisines auront connu le changement de cadre juridique, la

fusion des équipes du centre hospitalier et de celles du CCAS, le déménagement dans une nouvelle cuisine et l'absorption des équipes de cuisiniers des autres sites extérieurs de l'hôpital.

Il ne fait toutefois pas de doute qu'après cette période de changement et l'intégration dans la nouvelle unité centrale de production, un travail pour améliorer la qualité de la prestation devra être engagé. Cela sera d'autant plus facile que les cuisiniers auront bien pris en main leur nouvel outil de travail et les potentialités qu'il leur offre.

L'essentiel des repas produits dans la future cuisine restera en liaison froide, à l'exception du self du personnel. Les repas servis en liaison chaude à la Providence et à Monchoix passeront en liaison froide.

Les maisons de retraite, l'USLD et la rééducation fonctionnelle conserveront une livraison de repas en multi portion, tandis que les autres unités de soins et le portage à domicile conserveront une livraison par plateau individuel.

Le choix de l'usage unique et en particulier des barquettes individuelles s'est imposé notamment pour le portage de repas à domicile. Cette solution évite de faire une deuxième tournée pour récupérer chez les personnes concernées la vaisselle sale qu'il faudrait ensuite relaver. Toutefois, des plats en inox ont été conservés notamment pour le stockage.

A cet égard, une réflexion sur la diminution des déchets issus de l'activité de la cuisine est engagée. Le GIP a d'ailleurs adhéré, comme d'autres unités de restauration collective, à une initiative de compostage des bio déchets lancée par un lycée agricole voisin. L'objectif est de trier les bio déchets issus de la production des repas ou issus des retours de plateau du self. L'enlèvement de ces bio déchets est assuré gracieusement par la communauté d'agglomération d'Angoulême. Les déchets sont ensuite compostés au lycée agricole qui en fait du compost destiné à l'agriculture. Cette initiative a le soutien du Conseil Général de la Charente.

Au niveau des grilles de menu, l'objectif est d'aboutir à terme à une grille de menus uniques. Aujourd'hui, il existe un nombre de références très important au niveau du CCAS pour les portages de repas à domicile. Progressivement, le GIP et l'équipe commune doivent permettre une harmonisation des grilles de repas et du cycle des repas. Cette harmonisation, pour être acceptée par les membres du GIP doit se faire par le haut. En 2008, le nombre de référence est commun à 70%. L'objectif est que 100% des références le soient à terme. Ce travail est toutefois très long car il implique pour des équipes qui

n'en avaient pas l'habitude, d'acquiescer de nouvelles techniques et de nouvelles recettes et de cuisiner des plats identiques mais de façon parfois différente. Cette harmonisation permettra une gestion plus efficace de la préparation des repas et contribuera à faciliter le travail des agents de la cuisine.

## **2.3 La gestion des ressources humaines**

La gestion des ressources humaines du GIP a été marquée par la cohabitation en une équipe unique, d'agents provenant de statuts différents de la fonction publique, par un accompagnement des personnels lié au changement, par la restructuration des cuisines des sites extérieurs et enfin par l'adoption du règlement intérieur du personnel.

### **2.3.1 La coexistence de plusieurs statuts**

#### **A) Les statuts de la FPH et de la FPT**

Parmi, les agents mis à disposition du GIP, figurent une trentaine d'agents du Centre Hospitalier qui relèvent donc du statut de la fonction publique hospitalière, tel qu'il résulte de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, modifiée notamment par la loi n° 2007-148 du 2 février 2007. Le décret n° 88-976 du 1<sup>er</sup> octobre 1988 relatif à certaines positions statutaires des fonctionnaires hospitaliers précise notamment les conditions de la mise à disposition.

Les quinze agents du CCAS mis à disposition du GIP relèvent du statut de la fonction publique territoriale tel que défini par la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

#### **B) Les principales différences**

Les principales différences entre les deux statuts concernent des points de détail ou des avantages spécifiques nés d'accords salariaux locaux. Leur harmonisation a donné lieu à des négociations délicates.

Par exemple, les agents du CCAS disposent de 30 jours de congés annuels. Les agents du centre hospitalier en bénéficient de 28 et de 2 en cas de congés hors saison. Par

ailleurs, les agents du CCAS bénéficient de 0 à 4 jours de congés supplémentaires en fonction de l'ancienneté et de 3 jours supplémentaires au titre des jours du président.

De même, la durée hebdomadaire du travail des agents du CCAS est de 37h30 ; elle est de 38h45 pour les agents de l'hôpital. La durée annuelle du temps de travail des agents du CCAS est de 1597h ; à l'hôpital, elle est de 1575h pour les personnels à repos fixe et 1561h pour les personnels travaillant entre 10 et 20 dimanches ou fériés par an.

En terme de jours de Réduction du Temps de Travail (RTT), les différences sont importantes mais résultent de ce qui précède. Les agents du CCAS ont droit à 8 jours au titre de la RTT, ceux de l'hôpital ont droit à 20 jours.

D'autres différences plus mineures peuvent être relevées. Ainsi la durée de la pause méridienne est de 30 minutes pour les agents du centre hospitalier alors qu'elle est de 1h30 pour les agents du CCAS. La date limite de prise des congés annuels est le 31 décembre au CCAS, elle est le dernier jour des vacances de Noël au Centre Hospitalier.

Un dernier exemple concerne l'affichage des plannings. Ceux-ci sont publiés 2 mois à l'avance au CCAS et 15 jours à l'avance au centre hospitalier.

Du fait de la fusion des équipes, une harmonisation a été faite entre ces différences statutaires. Dans la mesure du possible, ce sont les règles appliquées au personnel de l'hôpital qui ont été retenues pour l'ensemble du personnel mis à disposition du GIP. Ce point sera traité dans la partie relative au règlement intérieur du personnel. La préférence donnée au statut des personnels du Centre Hospitalier s'explique du fait de l'importance numérique des agents venant du CHA dans l'effectif total du GIP, de l'implantation géographique du GIP qui aurait rendu délicate la cohabitation de conditions de travail différentes d'agents travaillant sur le même site géographique et d'une volonté de simplifier la structure juridique.

### 2.3.2 L'accompagnement de la fusion des équipes et les difficultés rencontrées

#### A) Les modalités de la fusion des équipes

La fusion des équipes a été anticipée par rapport à la date prévue. En effet l'annonce de la fin des CAE (contrats d'aide à l'emploi), a incité les membres du GIP à accélérer le processus. La fusion des équipes a été effective le 3 décembre 2007.

A cette date, il a été mis fin au mode de fonctionnement qui résultait de la convention de mise à disposition de la cuisine au profit des équipes de cuisiniers du CCAS. Jusqu'au 3

décembre 2007, les équipes du centre hospitalier utilisaient la cuisine le matin, puis laissaient la place l'après midi (pendant 4 heures) à celles du CCAS. De fait il n'y avait que peu de contacts entre les deux équipes.

La fusion des équipes a eu aussi pour conséquence une diminution des effectifs travaillant dans la cuisine. Au total, en 6 mois, 6 CAE et 3 agents en contrat à durée déterminée n'ont pas été renouvelés.

Dès la décision de fusionner les équipes, un accompagnement a été mis en place. Le responsable technique du GIP a reçu chacun des agents travaillant à la cuisine et s'est rendu très souvent sur le lieu de travail pour analyser les organisations à mettre en place et trouver un poste pour chacun en fonction de ses centres d'intérêt.

Un travail en étroite collaboration avec les organisations syndicales a été réalisé. Pour ce faire, un comité consultatif du GIP a été créé. Il est composé des représentants des organisations syndicales. La répartition des sièges a été faite sur la base des derniers résultats des élections au CTE pour le centre hospitalier et sur celle des dernières élections professionnelles pour la ville et le CCAS, selon la règle de la proportionnelle au plus fort reste, soit 2 CGT, 2 CFDT et 1 FO.

Depuis la fusion des équipes, l'ensemble du personnel travaille en même temps, sans distinction entre l'origine des uns ou des autres.

Les effets ont été un apprentissage du mode de fonctionnement des uns et des autres.

L'occasion d'échanger sur leurs statuts réciproques, a été un test dans la perspective de la mise à disposition prévue pour 2008.

En effet, cette fusion des équipes a eu lieu avant que le GIP ne fonctionne réellement pour la production des repas. Les personnels n'étaient donc pas encore mis à disposition du GIP, toutefois, ils étaient placés dans les faits sous l'autorité du responsable technique du GIP et travaillaient dans les mêmes conditions que celles prévues au terme du processus.

Dans le fonctionnement concret, il a fallu fusionner les méthodes de travail qui n'étaient pas identiques. Les fournisseurs, les menus et les recettes n'étaient pas forcément les mêmes. Il a fallu un travail de mise en commun avec l'aide des diététiciennes du Centre Hospitalier pour aboutir en mai 2008 à une trame identique, l'objectif pour 2008 étant 70% de menus communs pour parvenir à 100% de menus communs à terme.

## B) La mise à disposition des personnels

La question de la mise à disposition s'est posée plus tôt que prévu. En effet, les membres du GIP ont dû faire un choix stratégique en mettant en place le fonctionnement opérationnel du GIP, plus tôt que prévu au 1<sup>er</sup> juin 2008 car les marchés des groupements de commande du CCAS arrivaient à expiration en mars 2008. Ils pouvaient au mieux être prorogés de 3 mois. Or il semblait peu pertinent de les renouveler pour une très courte durée, le GIP ayant vocation à brève échéance à passer lui-même ses commandes.

Dès lors que la décision de mettre en place le fonctionnement opérationnel du GIP le 1<sup>er</sup> juin a été prise, il était indispensable que le Centre Hospitalier et le CCAS mettent à disposition le personnel nécessaire au fonctionnement de la cuisine.

Dès la fin 2007, un travail de préparation de la mise à disposition a été fait auprès des équipes. Chaque agent a été reçu par le directeur des services économiques et techniques du Centre Hospitalier également directeur du GIP, et par le directeur adjoint du CCAS.

## C) Les difficultés rencontrées

D'une façon générale, la mise en place du GIP a entraîné une certaine appréhension de la part des agents. Aux incertitudes liées au déménagement annoncé dans une nouvelle cuisine, s'est ajouté le changement des modes de travail, lié à la fusion des équipes et le changement annoncé de statut juridique, perçu par beaucoup comme un changement d'employeur. Des refus de mise à disposition se sont dès lors manifestés, parfois de façon très tardive. De fait, il semble qu'une communication insuffisante ou inadaptée ait été à l'origine de ces refus. Beaucoup des agents interrogés expliquent qu'ils ont peur de perdre leur statut de fonctionnaire et les avantages statutaires qui vont avec. Pourtant, d'un point de vue juridique, la mise à disposition n'entraîne aucun changement de statut pour les agents concernés. A cet égard la position des syndicats a été complexe. Ils ont rappelé leur méfiance à l'égard du GIP tout en demandant à la direction du GIP de faire un travail de pédagogie pour rappeler les conditions de la mise à disposition.

Ces refus de mise à disposition ont été l'occasion, pour certains agents de changer de projet professionnel. Ils ont pour cela bénéficié de l'accompagnement de la direction des ressources humaines. Si une partie des agents refusant la mise à disposition ont pu être réaffectés dans le secteur restauration du centre hospitalier hors GIP, une autre partie a dû changer de travail. De fait en 2008, la DRH a relevé un nombre très important de demandes de formation de la part du personnel du centre hospitalier travaillant dans le

secteur restauration. Une meilleure anticipation aurait peut être permis d'étaler dans le temps les demandes de formation.

Deux cas de figure se sont présentés. Certains agents ont profité de la situation pour changer de métier au sein de l'hôpital. Ainsi certains agents ont pu passer dans les services de soins en tant qu'ASH tandis qu'un autre a été affecté à la blanchisserie. D'autres agents ont pris une disponibilité pour mener un projet personnel ou ont fait valoir leurs droits à la retraite.

Les agents qui ont refusé la mise à disposition sans pour autant avoir de projet professionnel précis ont par contre rencontré des difficultés. Il a fallu pour plusieurs d'entre eux les convaincre d'être mis à disposition de façon provisoire, le temps de trouver un poste disponible ailleurs et plus adapté à leurs compétences. De fait l'absence de projet professionnel précis a conduit à des erreurs d'affectation. Il est ainsi arrivé qu'un agent soit affecté à la blanchisserie et renonce une semaine plus tard, le poste ne lui convenant pas.

Une autre difficulté est apparue au niveau de la gestion des ressources humaines. Du fait de tensions au sein de l'encadrement, l'un des techniciens supérieurs qui devait être mis à disposition du GIP, a finalement renoncé à l'être.

### 2.3.3 La restructuration simultanée de la fonction restauration au CHA

#### A) La fermeture progressive des unités de production des sites extérieurs du CHA

Le centre hospitalier comprend outre son site principal, trois principaux sites extérieurs. Le site de Beaulieu situé dans le vieil Angoulême est un EHPAD de 190 lits. Il comporte des bâtiments datant du XVIème au XIXème siècle. Il constituait jusqu'en 1980 le principal site hospitalier. Depuis, les repas du site sont faits à la cuisine centrale du centre hospitalier. Ils sont ensuite livrés en multi portion dans des armoires frigorifiques et transportés par camion. A Beaulieu, les plats sont remis en température et servis aux résidents dans les réfectoires ou plus rarement en chambre. Le nombre de repas servis par jour est d'environ 400. Le personnel de restauration sur place est de 4 agents (3.5 ETP) et demeurera en dehors du GIP.

C'est cette organisation que le centre hospitalier souhaite reproduire pour les deux autres sites actuellement équipés de cuisines. Le centre de convalescence de Monchoix est doté de 63 lits. C'est un site très isolé et situé à 30 Km du site principal du centre hospitalier. Ce centre a vocation à être progressivement fermé d'ici 2009. Une moitié des lits sera

rapatriée sur le site principal de l'hôpital en octobre 2008. L'autre moitié le sera en avril 2009. Compte tenu du faible nombre de repas qu'il y aura à produire pendant la période transitoire, il a été décidé de cesser la production des repas sur place et de faire venir les repas par camion depuis la cuisine du Centre Hospitalier. Les repas seront remis en température sur place à Monchoix. Les repas sont servis aux patients dans le réfectoire et exceptionnellement en chambre. Actuellement 140 repas par jour sont servis à Monchoix et 5 agents (5 ETP) y travaillent. Pendant la période transitoire, 2 agents seront maintenus sur place pour assurer la remise en température et la distribution des repas. Pendant cette période ils n'intégreront pas le GIP. Les 3 autres pourront être mis à disposition du GIP et travailleront dans un premier temps dans les locaux actuels de la cuisine avant d'intégrer la nouvelle UCP lors de sa mise en service en juillet 2009. A cette date, ils seront rejoints par leurs anciens collègues restés à Monchoix et qui pourront avec la fermeture du site être eux aussi mis à disposition du GIP et travailler dans la nouvelle UCP. Un travail d'accompagnement est prévu pour permettre à ces agents habitués à travailler dans une petite structure et dans une petite équipe, de s'intégrer dans une structure plus vaste (50 agents) et où les méthodes de travail et les tâches à réaliser ne sont pas les mêmes.

La maison de retraite de la Providence comprend 200 lits. Elle est équipée d'une cuisine centrale relativement neuve. Toutefois, pour rentabiliser l'investissement d'une nouvelle cuisine centrale au niveau du GIP, il a été décidé de fermer cette cuisine lors de la mise en service de la nouvelle UCP, construite par le GIP, à l'été 2009. A ce moment là, les repas seront produits par la nouvelle cuisine centrale et livrés par camion à la maison de retraite où ils seront remis en température et servi aux résidents dans les réfectoires ou exceptionnellement dans leur chambre. Aujourd'hui 420 repas y sont servis chaque jour. Actuellement 10 agents (9.5 ETP) travaillent dans cette cuisine. Après la fermeture de la cuisine, 4 agents (3.5 ETP) seront maintenus sur site pour assurer la remise en température des repas et leur distribution aux résidents. Ils ne feront donc pas partie du GIP. Les 6 autres agents seront affectés à la nouvelle cuisine du GIP dès sa mise en service. Ils auront au préalable été formés comme tout le reste du personnel de restauration.

- B) Le maintien d'une partie de l'activité restauration du CHA hors du champ de compétence du GIP

Le maintien d'une partie de la fonction restauration en dehors du champ du GIP a plusieurs raisons.

Le GIP a une vocation de production de repas et non de distribution de repas. Cette distribution de repas aux malades, personnes âgées résidentes, agents hospitaliers ou internes, relève de la mission de l'Hôpital.

De fait, si le GIP assure la production des repas et une partie des transports, il n'assure pas en revanche d'autres fonctions. Cela se traduit par la présence d'un technicien supérieur à 80% sur le GIP pour une fonction de responsable du secteur production, et à 20% sur le centre hospitalier pour une fonction de responsable de la fonction restauration hors champ du GIP. Outre les agents de restauration des Maisons de retraite de Beaulieu et de la Providence chargés de la remise en température des plats, le self et le restaurant de l'internat et l'édition des cartes des plateaux repas continuent à être gérés par du personnel du centre hospitalier. Au total, ce sont 29.2 ETP sur 62 qui n'intégreront pas le GIP tout en continuant leur activité dans la fonction restauration. Au terme du processus, il restera 18.2 agents de restauration en dehors du GIP.

Par ailleurs, la fonction de transport des repas entre l'unité de production et les services qui se fait grâce à une installation complète de manutention automatique, utilisée également par la blanchisserie et la pharmacie, reste en dehors du champ du GIP. Cela permet de garder une unité dans l'exploitation et la maintenance de cette installation. En revanche, le transport des repas vers les sites extérieurs et les personnes à domicile, relève du GIP.

#### 2.3.4 Le règlement intérieur du personnel

##### A) Les modalités d'élaboration

L'élaboration du règlement intérieur du personnel s'est faite au cours de l'année 2007. La direction du GIP a souhaité y associer étroitement les organisations syndicales, tant celles du centre hospitalier que celles de la ville et du CCAS. Un comité consultatif a été mis en place. La répartition des sièges entre les organisations syndicales s'est faite sur la base des résultats obtenus lors des dernières élections par chaque organisation syndicale représentée aux instances de l'hôpital et de la ville. Une fois les sièges répartis, chaque organisation syndicale a désigné ses représentants pour y siéger (pas forcément issus du personnel de la restauration). En outre, dès le début, le conseil d'administration du centre hospitalier avait désigné parmi ses représentants au conseil d'administration du GIP l'un des représentants du CTE. Cet administrateur a été systématiquement associé aux réunions du comité consultatif.

Font également partie de ce comité consultatif, le directeur du GIP, le président du conseil d'administration du GIP, le directeur adjoint du CCAS, le directeur adjoint des services de

la ville d'Angoulême, la directrice des ressources humaines du Centre Hospitalier et la directrice des finances du CCAS.

Dès le début une méthode de travail a été élaborée. Elle consistait en des réunions successives. Le document de travail de base était le règlement intérieur du personnel du centre hospitalier. Chaque point faisait ensuite l'objet d'une discussion approfondie pour comparer avec ce qui existe au niveau de la municipalité.

## B) Le contenu du règlement

Dans l'ensemble, le document<sup>12</sup> comprend six chapitres : les dispositions relatives aux conditions de mise à disposition et de réintégration, les dispositions relatives aux garanties et obligations des agents, les dispositions relatives au temps de travail, les dispositions relatives aux congés annuels et aux jours fériés, les dispositions relatives aux autorisations d'absence et aux facilités de service et enfin les dispositions relatives au suivi médical, aux accidents du travail, aux arrêts maladie et aux congés maternité.

Il reprend pour l'essentiel le règlement intérieur du personnel du centre hospitalier. Ce choix a été fait par mesure de simplification. En effet, la majorité des personnels mis à disposition viennent du centre hospitalier. En outre, la cuisine étant située sur le site du Centre Hospitalier, il semblait plus cohérent de reproduire le règlement du personnel du reste de l'hôpital.

Pourtant, du fait des spécificités liées à la fonction restauration, il aurait pu être envisagé de rédiger un règlement du personnel tenant compte des spécificités du métier. Cette position était notamment soutenue par certaines organisations syndicales.

## **2.4 Le montage financier**

La mise en route progressive du GIP au niveau financier est due à la complexité du montage et à la nécessité de finaliser au préalable un règlement financier.

### 2.4.1 La mise en route progressive du GIP

---

<sup>12</sup> Voir annexe 6.

## A) La création du GIP et le financement des études préalables

Dès la décision prise de créer un GIP, en 2003, une information destinée aux instances du Centre Hospitalier et à celles du CCAS a été faite. Le conseil d'administration du Centre Hospitalier a été informé lors de sa séance du 15 octobre 2003. Après accord des conseils d'administration et du conseil municipal, les négociations ont débuté pour l'élaboration de la convention constitutive du GIP. Après accord des parties, celle-ci a été transmise au préfet pour un contrôle de légalité. Le préfet a à son tour saisi le Trésor Public pour vérifier l'aspect financier du projet. Sur les conseils de la trésorerie, le projet de convention constitutive a été modifié notamment pour y introduire la répartition prévisionnelle des coûts au début du fonctionnement du GIP. Les membres du GIP avaient initialement envisagé de fixer cette répartition ultérieurement dans le règlement intérieur.

La convention constitutive<sup>13</sup> a finalement été approuvée par arrêté préfectoral du 18 mars 2005. Sa durée était de 20 ans à compter de la publication de cet arrêté, c'est-à-dire la durée de remboursement et d'amortissement de la cuisine. Le 22 janvier 2007, un avenant a été voté par le conseil d'administration du GIP pour porter cette durée à 25 ans, le recours à l'emprunt n'ayant débuté qu'à cette date.

Dans un premier temps, le GIP n'a fonctionné que pour assurer le financement des études préalables à la construction de la nouvelle cuisine. Le financement s'est fait sur la base, pendant cette période, de la répartition des coûts fixée par la convention constitutive, soit :

CHA : 80%

CCAS : 15%

Ville : 5%.

En outre, dès 2006 du temps de directeur a été financé sur le budget du GIP. Ainsi, le directeur des services économiques et techniques du centre hospitalier a été désigné directeur du GIP. Il est financé pour 0.2 ETP par le GIP depuis lors. Au 1<sup>er</sup> février 2007, l'ingénieur responsable technique du GIP a été recruté par le centre hospitalier, mis aussitôt à disposition et payé dès ce moment par le GIP. Enfin en avril 2008, le technicien supérieur chargé de la gestion administrative du GIP a été mis à disposition du GIP et payé lui aussi par le GIP dès ce moment. De fait les premiers budgets du GIP soumis à ses instances, étaient d'un montant très faible entre 2005 et 2008.

---

<sup>13</sup> Voir annexe 4.

Le GIP a commencé à financer les travaux de construction et à exercer effectivement sa fonction de prestation de service à ses membres le 1<sup>er</sup> juin 2008, c'est-à-dire avant la mise en service de la nouvelle cuisine, prévue en 2009.

#### B) La gestion directe de la fonction restauration au 1<sup>er</sup> juin 2008

Les membres du GIP ont décidé fin 2007 de confier au GIP la gestion directe de la fonction restauration dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. Cela avait pour objectif d'anticiper le renouvellement des groupements d'achats, en particulier ceux du CCAS. Depuis le 1<sup>er</sup> juin, c'est le GIP qui gère les commandes de produits alimentaires.

D'autres raisons ont poussé à la mise en place de la gestion de la fonction restauration par le GIP, avant la livraison et la mise en service de la nouvelle cuisine prévue à l'été 2009. Il s'agissait de ne pas compliquer le déménagement prévu en 2009 avec des problèmes administratifs de facturation de la prestation. Il s'agissait aussi de permettre au GIP de disposer de recettes autres que l'emprunt, dès lors que les travaux et donc leur financement débutaient au 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Le passage de la gestion de la fonction restauration en mode GIP a eu plusieurs effets.

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008, le calcul de la contribution financière des membres se fait en grande partie en fonction du nombre de repas commandés par chacun des membres.

Comme le prévoit le règlement financier, les dépenses spécifiques à chaque membre sont isolées et facturées par le GIP. Il s'agit par exemple des barquettes du portage de repas à domicile par le CCAS, des repas spécifiques commandés par la ville ou le Centre Hospitalier et des prestations exceptionnelles commandées par la ville en cas de déclenchement d'un plan de secours à victimes dont la ville a la responsabilité.

Cette situation a conduit à modifier de nombreuses procédures en interne, notamment pour les commandes de suppléments alimentaires de façon à assurer un suivi des commandes et un justificatif. D'une façon générale, l'élaboration d'une comptabilité analytique est indispensable. Outre le calcul des sommes dues par les membres, elle peut permettre à chacun d'eux, en interne, de connaître le coût de certaines prestations. Ainsi, pour le CHA, il est important de connaître le coût de la journée alimentaire pour fixer le prix de journée des EHPAD.

A cette date aussi, le GIP aurait dû se substituer au Centre Hospitalier pour adhérer aux groupements de commandes en cours, voire coordonner ces groupements de commandes. Cet aspect est assez délicat, dans la mesure où le centre hospitalier continue encore d'avoir besoin de participer directement à ces groupements de commandes pour la partie de son activité de restauration hors GIP (cuisines des sites

extérieurs non intégrées au GIP). Or une substitution partielle n'est pas possible. Soit le centre hospitalier continue à être membre des groupements de commandes et à assumer la direction de ceux qui lui reviennent, en ce cas, il doit refacturer au GIP la part des commandes qui lui reviennent, soit, c'est le GIP qui exerce l'ensemble de ces activités, à charge pour lui de refacturer au centre hospitalier la part des commandes qui lui reviennent. Dans les deux cas, cela implique un gros travail de suivi des commandes en interne et une fragilité juridique accrue.

#### 2.4.2 Le règlement financier

##### A) Les modalités d'élaboration

Un groupe de travail a été mis en place pour l'élaboration du règlement financier. Il se compose du directeur du GIP, directeur des services économiques et techniques du Centre Hospitalier, du directeur et du directeur adjoint du CCAS, du directeur des finances du Centre Hospitalier, de la directrice des finances du CCAS, de la directrice des finances de la ville, de la contrôleuse de gestion de la ville.

Ce groupe s'est réuni en moyenne une fois par mois de septembre 2007 à avril 2008.

La discussion a été assez compliquée car le sujet financier n'avait été abordé que de façon superficielle dans la convention constitutive.

La discussion a été d'autant plus compliquée que la répartition initiale des coûts entre le Centre Hospitalier, la ville et le CCAS était faite sur une estimation de consommation de repas qui s'est révélée erronée. Ainsi la part de la ville, estimée initialement à 5%, ne représentait en 2007 que moins de 1%. De même, la part du CCAS estimée initialement à 15% n'a représenté au final que 13.5% en raison d'une baisse imprévue de son activité de portage de repas à domicile et de la fermeture d'un des deux restaurants du personnel municipal.

##### B) Le contenu du règlement

Comme prévu dans la convention constitutive, le règlement financier précise certains points<sup>14</sup>. Il comprend deux chapitres. Le premier concerne les dispositions budgétaires et comptables.

---

<sup>14</sup> Voir annexe 5.

Il s'agit d'une série de précisions sur le statut comptable de l'établissement (M9-1), l'identité de l'ordonnateur, la fixation de l'exercice budgétaire, le contenu, les conditions de vote et de contrôle de légalité de l'EPRD, et les dispositions applicables à l'agent comptable, à la gestion des disponibilités, aux immobilisations et aux amortissements.

Le second concerne la gestion du GIP. Il décrit notamment le principe général pour la contribution des membres, l'estimation pluriannuelle des commandes de repas des membres, les modalités pratiques de fixation des contributions des membres et définit les règles d'évaluation de la contribution de chaque membre à la production des repas, les dépenses propres à chaque membre du GIP et les coûts fixes et coûts variables des dépenses de production et de logistique.

#### 2.4.3 Les conséquences financières en terme de répartition des coûts

En annexe du règlement financier, une fiche de répartition des coûts a été élaborée. Il s'agit de coûts de logistique, de transport ou de personnel.

La règle générale qui découle du règlement financier est une répartition des coûts en fonction du nombre de repas consommés.

Les coûts identifiables comme relevant en totalité et de façon certaine d'un seul des membres sont à la charge de ce membre.

Par exemple, le coût des poids lourds qui desservent les sites extérieurs du CHA et le restaurant du personnel municipal est constitué de l'addition du coût des chauffeurs (1.25 ETP) et du coût d'entretien et d'assurance des poids lourds. Le coût global est réparti de façon forfaitaire à hauteur de 70 % pour le CHA et de 30 % pour le CCAS.

Le même raisonnement s'applique concernant le coût du personnel. Ainsi l'Hôpital supporte la totalité du coût du personnel de la chaîne plateau du CHA tandis que le CCAS supporte la totalité du coût du personnel de la chaîne plateau du CCAS.

Les remboursements de biens, services ou locaux mis à disposition du GIP par l'un de ses membres donne lieu à la signature d'une convention qui décrit le bien, le service ou le local et précise le montant. Dans la mesure du possible, ces remboursements se font à l'euro, l'euro.

### **3 Un début de mise en place encourageant pour la suite du projet**

La mise en place progressive du GIP dont le calendrier est en grande partie calqué sur celui du projet architectural, n'a pu être un succès pour le moment que grâce au dialogue de qualité qui règne entre ses adhérents et qui permet de surmonter les difficultés inévitables dans ce type de projet et de tirer les leçons des structures similaires mises en place antérieurement.

#### **3.1 Un dialogue de qualité entre les partenaires du GIP**

L'un des gages du succès du GIP est la confiance qui existe entre les partenaires et une association étroite de chacun d'eux au projet et aux perspectives d'avenir.

##### **3.1.1 Un partenariat basé sur la confiance des partenaires**

Cette coopération a été basée sur la confiance des partenaires. L'une des illustrations est le fait que les principaux responsables chargés du suivi de ce projet du côté de la ville et du CCAS et du côté du centre hospitalier sont restés les mêmes jusqu'à ce jour. Les seuls changements qui sont intervenus étaient liés soit au décès d'un des intervenants, soit à un changement de majorité politique à la mairie.

Depuis le changement de majorité politique à la mairie et donc au CCAS, les administrateurs représentant ces deux institutions sont très présents dans la gestion quotidienne du GIP. Cela pourrait à terme poser la question de la définition du rôle de membre du conseil d'administration du GIP. En outre la question de la prise en compte des demandes de chacun des membres du GIP ne pourra pas exclure à terme la question du poids respectif de chacun des membres dans la structure.

##### **3.1.2 Une association étroite des adhérents et des perspectives d'avenir**

Les perspectives d'avenir concernent la nouvelle unité de production après sa mise en service.

Le CCAS propose de faire de cette cuisine un pôle d'excellence en terme de fourniture de repas aux personnes âgées. En effet près de la moitié des repas servis au Centre Hospitalier sont destinés à des personnes âgées, hébergées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soin de longue durée (USLD) ou hospitalisées en soins de suite et de rééducation gériatriques ou en service de médecine gériatrique et les repas destinés au portage à domicile du CCAS sont également destinés pour l'essentiel à des personnes âgées dépendantes.

Dans ce domaine, la production de menus sucré/salé<sup>15</sup>, pour les personnes en fin de vie pourrait être une perspective enrichissante et utile pour les deux principaux partenaires.

Une autre perspective pourrait être la certification ISO 9001 de la future cuisine. Cette démarche qualité, déjà développée dans de nombreux autres établissements de santé, serait une garantie de qualité, un élément de motivation des équipes et offrirait un cadre déterminé pour un management de la qualité. Une certification ISO 14 001 pourrait aussi être envisageable dans le cadre d'une politique globale de développement durable. Toutefois, la perspective d'une certification ISO n'est pas encore intégrée au projet de service.

Les exigences de la norme ISO 9 001 couvrent un large éventail de sujets, y compris l'engagement de la direction en faveur de la qualité, son orientation client, l'adéquation de ses ressources, la compétence de son personnel, la gestion des processus (de production, de prestation de services, d'administration et de soutien), la planification de la qualité, la conception du produit, la revue des commandes entrantes, les achats, le suivi et la mesure de ses processus et de ses produits, l'étalonnage de ses appareils de mesure, les modalités de traitement des réclamations des clients, les mesures correctives et préventives, ainsi que l'obligation de mener une action d'amélioration continue du SMQ. La norme exige, enfin, de surveiller la façon dont les clients perçoivent la qualité des biens et services fournis.

### **3.2 Les difficultés liées à la mise en œuvre concrète d'un GIP**

Ces difficultés peuvent résulter de problèmes internes à chacun des partenaires, mais aussi être dues à la difficulté de créer une structure juridique totalement distincte de son

---

<sup>15</sup> UDIRH, cuisiner le plaisir, 2008, éditions de l'ENSP

environnement, avec des conséquences, notamment financières pour l'ensemble des membres.

### 3.2.1 Les difficultés propres à chacun des partenaires

L'une des difficultés relevées est la question du chevauchement des compétences des agents du GIP, avec celles des agents du Centre Hospitalier ou du CCAS.

Pour le Centre Hospitalier, il est ainsi difficile de tirer un trait sur une équipe unique du secteur restauration. En cas de besoins, les agents de restauration restés dans le cadre du Centre Hospitalier sont volontaires pour remplacer ponctuellement leurs collègues mis à disposition du GIP, alors que la procédure voudrait qu'une décision de mise à disposition temporaire de ces agents soit prise.

Pour le CCAS, la tradition d'aide sociale de cette structure existe toujours chez les agents mis à disposition. Ainsi le portage de repas à domicile ne se limite pas à la livraison du repas stricto sensu, mais comprend aussi un travail d'écoute des personnes âgées souvent isolées, travail qui devrait pourtant désormais relever d'un autre service du CCAS.

Ces difficultés mettent aussi en évidence une autre problématique, celle de la relative lourdeur des procédures. Quelques complications sont ainsi apparues après la mise en fonctionnement du GIP pour la fourniture de repas. Seul le directeur du GIP peut signer les bons de commande. En son absence, il faut prévoir une délégation de signature large pour permettre une continuité du service. Jusqu'alors, il signait les bons de commande au titre de ses fonctions de directeur des services économiques et logistiques du Centre Hospitalier, ce qui ne posait aucun problème de délégation de signature à un autre membre de l'équipe de direction en cas d'absence.

### 3.2.2 La création d'une personne juridique distincte

Le GIP est par définition une personne juridique distincte du centre hospitalier ou du CCAS. Cela implique que même si la cuisine est située sur le site de l'hôpital et même si son personnel est le même que du temps où la cuisine était gérée en direct par le centre hospitalier, un nouveau type de relation doit se mettre en place. Ainsi les services de l'hôpital avaient l'habitude de mettre sur des bouts de papier les commandes de suppléments. Avec le GIP, de telles attitudes ne sont plus possibles. Les suppléments faisant partie des dépenses directement imputées aux membres en fonction de leur

consommation, elles doivent faire l'objet d'une traçabilité rigoureuse. Toutefois ces habitudes sont difficiles à changer.

Certaines organisations syndicales reprochent au GIP d'avoir en fait alourdi la gestion de la fonction restauration et lui reprochent une moindre réactivité notamment au niveau de la gestion des ressources humaines. A titre d'exemple, les remplacements d'agents qui sont ponctuellement absents ne se font pas d'une façon aussi facile qu'avant. Les mutualisations de personnels avec d'autres services sont délicates car elles impliquent deux personnes juridiques distinctes. De même, les absences pour congé de longue maladie ou pour maternité doivent théoriquement être remplacées par l'établissement d'origine de l'agent et en fonction des besoins liés à la production. Cela peut conduire à un manque de souplesse.

Ainsi en cas d'absence d'un agent du CCAS, il revient à ce dernier de fournir un remplaçant, même si un agent du CHA est disponible pour l'effectuer. La réciproque est également vraie.

Toujours au niveau des absences, les méthodes de remplacement ne sont pas les mêmes. Ainsi le CCAS a recours à une association d'intérim qui peut lui fournir très rapidement le profil de poste désiré. Du côté du centre hospitalier, la procédure est plus longue car c'est l'hôpital qui recrute la personne en intérim. Cette personne doit en outre, passer une visite médicale préalable.

### 3.2.3 Les conséquences en terme d'organisation et de facturation pour l'hôpital et le CCAS

La mise en place du GIP et son entrée en fonction dans la mission de production de repas au 1<sup>er</sup> juin 2008 a eu plusieurs conséquences en terme d'organisation. Par étape la gestion du GIP s'est distinguée de celle du Centre Hospitalier. Ainsi début 2008, plusieurs conventions ont été conclues entre le CCAS, le CHA et le GIP. Elles portaient, outre la mise à disposition de personnel, sur la mise à disposition du matériel de cuisine, du matériel informatique et des véhicules du CCAS, sur la mise à disposition des véhicules affectés à la cuisine du centre hospitalier.

Deux conventions d'occupation du domaine public ont été conclues entre le centre hospitalier et le GIP. L'une porte sur la location du terrain sur lequel la cuisine du GIP va être construite. L'autre porte sur la location de l'actuelle cuisine du Centre Hospitalier par le GIP, pour la période qui va du 1<sup>er</sup> juin 2008 à la mise en service de la nouvelle UCP prévue à l'été 2009. Cette dernière convention comprend également l'approvisionnement en eau, gaz et électricité qui ne peut être qu'évalué car il n'existe pas de compteur

spécifique. Elle comprend aussi la maintenance, l'entretien par les services techniques de l'hôpital, la sécurité incendie commune à celle de l'hôpital.

Enfin, une convention de gestion a été conclue entre le CHA et le GIP. Elle concerne la gestion par le Centre Hospitalier des aspects logistiques du GIP. Ainsi du temps de mécanicien estimé à 1 h par semaine y figure pour l'entretien des véhicules mis à disposition du GIP. L'achat des fournitures courantes ne sera pas assuré par le GIP. C'est le centre hospitalier qui passera les commandes. Le GIP ira ensuite se procurer au magasin de l'hôpital ce dont il a besoin. Cela fera l'objet d'une refacturation à l'euro, l'euro par le Centre Hospitalier.

### **3.3 La préparation de la mise en service de la nouvelle UCP**

Cette préparation s'est faite au moyen d'une étude comparative de ce qui s'est fait ailleurs et qui a conduit à particulièrement accentuer l'effort sur l'accompagnement du personnel et des usagers.

#### **3.3.1 Des expériences similaires qui permettent de mieux anticiper l'avenir**

##### **A) Des difficultés de choix et de démarrage dans un premier temps**

Plusieurs expériences de GIP chargés de la construction et de l'exploitation d'une future UCP ont été menés ces dernières années en France. C'est le cas du GIP de Cornouaille « Vitalys » à Quimper. Plus modestement, c'est aussi le cas du GIP d'Aubenas en Ardèche.

A partir de ces expériences, il peut être tentant de faire une modélisation de ce type de projet à partir des points communs relevés.

Ces deux projets se sont heurtés à un choix juridique dès lors que la décision de faire une coopération a été prise. Dans l'ensemble le choix du GIP s'est imposé, mais parfois après une longue période d'hésitation.

L'objectif de départ reste le même, la réduction du coût de la fonction restauration de l'hôpital. Pour certains membres, un effet d'aubaine n'est pas à exclure. La définition du périmètre est également un sujet délicat à traiter. Ainsi, le GIP de Cornouaille intègre également les cuisines relais et le transport entre les sites.

Ces deux projets ont connu au départ la méfiance des agents. Ainsi, à Aubenas, l'hostilité des agents a conduit à renoncer au projet de GIE initialement envisagé au profit d'un GIP. Les organisations syndicales craignaient une privatisation de la fonction restauration de leurs établissements. A Quimper, l'hostilité des organisations syndicales a été forte. Des articles dans la presse locale s'en sont fait l'écho. En outre des rivalités de nature identitaires existaient entre les personnels des différents établissements. De fait le choix de l'implantation de la future cuisine centrale a été l'objet d'âpres discussions pour le calcul des temps de parcours respectifs des personnels venant des différents établissements.

D'une façon générale, la peur de l'inconnu est un élément de nature à rendre difficile la réalisation d'un tel projet. La méconnaissance des agents peut conduire à des comportements de rejet. A cet égard, la solution retenue par le GIP Restauration de l'Angoumois, qui a consisté à faire coexister dans une même cuisine, deux équipes distinctes pendant cinq ans semble être l'une des causes du succès de la fusion des équipes, des contacts et une reconnaissance réciproque s'étant établi au fil des ans entre les deux équipes.

#### B) Un fonctionnement satisfaisant après quelques années

Après quelques années d'existence et passé le temps de la mise en place, les expériences montrent une adhésion du personnel à leur nouvel outil de travail. Sans doute se le sont ils mieux approprié. Mais il est aussi possible qu'ils aient pris conscience de l'intérêt du groupement, qui devient plus visible après quelques années d'existence. Il est aussi vraisemblable que les lignes de fractures apparues lors de la constitution du GIP s'effacent avec le temps.

Au niveau financier, la diminution des coûts est généralement très forte, passée la période de flottement lors de la mise en place. Les indicateurs financiers deviennent fiables. Aucun membre d'un GIP en restauration hospitalière ne s'en est retiré au cours des premières années d'existence. De la même façon on ne relève pas de dissolution de ce type de GIP pour cause de situation financière trop dégradée.

### 3.3.2 La nécessité d'un bon accompagnement des personnels et des usagers

#### A) L'accompagnement du personnel du secteur restauration

Le succès d'une coopération inter hospitalière dans ce domaine repose beaucoup sur l'accompagnement des personnels face aux changements qui vont se produire. En outre une politique de communication en interne est obligatoire.

L'accompagnement peut prendre plusieurs aspects : information sur les projets par l'encadrement et la direction, formation du personnel aux nouvelles techniques et accompagnement des agents qui ne veulent pas intégrer le GIP et faire une réorientation professionnelle.

Dès lors qu'un projet de type GIP restauration est lancé et qu'il implique une fusion d'équipes et un déménagement, donc une modification profonde des organisations de travail des équipes, il est indispensable pour la réussite du projet que les agents concernés adhèrent au projet ou du moins ne s'y opposent pas. Pour cela des réunions d'information régulières en présence des équipes de direction sont nécessaires. L'encadrement doit pouvoir répondre à toute question de façon à rassurer les agents les plus inquiets.

Un accompagnement psychologique par l'encadrement et un Plan de formation adapté aux besoins ont fait défaut lors du démarrage du GIP de Cornouaille. Pourtant un Plan de formation très important avait été mis en place.

A côté de ces formations, la mise en place du GIP peut donner lieu à des réorientations professionnelles de la part d'agents ne souhaitant pas intégrer le GIP et profitant de cette occasion pour changer d'orientation. L'hôpital d'où ils sont originaires est obligé de leur proposer un autre emploi. De fait, à Quimper, plusieurs agents ont pu faire l'école d'aide soignant, d'infirmière ou d'ambulancier. Ils ont bénéficié pour cela du soutien de la DRH. Il faut cependant noter que les agents contractuels ont souvent vu leur contrat non renouvelé et n'ont donc pas bénéficié de l'accompagnement.

#### B) L'information du personnel des services de soins et des patients

Outre les agents qui doivent à terme intégrer le GIP, la réussite du projet tient aussi à la bonne information du personnel des services de soin et des patients. A cet égard, il convient de noter qu'une action très pédagogique doit être menée pour s'assurer par exemple de la bonne compréhension des nouvelles procédures. Ainsi, au GIP de Cornouaille, le passage des maisons de retraite de la liaison chaude à la liaison froide a donné lieu à beaucoup de plaintes. De fait, c'est l'ensemble de la fonction restauration de ces établissements qui est profondément modifiée. La disparition de la proximité entre les services et leur cuisine a été assez vivement ressentie d'autant plus que la prestation a totalement été modifiée (nouveaux menus, nouveaux fournisseurs,...).

Un projet de ce type contient toujours une dimension d'amélioration de la qualité même si dans le cas présent elle n'est pas prioritaire. Celle-ci pour ne pas rester à l'état théorique, doit faire l'objet d'un suivi régulier au moyen d'enquêtes de satisfaction auprès des personnels et des patients. A court terme une dégradation significative de la qualité ressentie par les utilisateurs de la cuisine doit donner lieu à interrogation.

An niveau du Centre Hospitalier, cette évaluation se fait en partenariat avec le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), par le biais d'études de questionnaires de satisfaction, soit que ceux-ci figurent dans le questionnaire de sortie, soit qu'ils soient spécifiques à la fonction restauration. En outre les plaintes adressées par les patients ou leurs familles doivent attirer l'attention et sont désormais systématiquement communiquées au GIP.

Même si le CLAN n'existe pas au CCAS, des procédures similaires existent et le GIP est aussitôt informé de toute prestation ne donnant pas satisfaction. La question de la qualité de la prestation est d'autant plus sensible au CCAS, que les personnes livrées à domicile peuvent facilement quitter le service d'où une baisse de l'activité directement mesurable.

## Conclusion

Le recours à une coopération avec une commune et son CCAS a été un choix original et audacieux de la part du Centre Hospitalier d'Angoulême. En effet si la nécessité de renouveler la cuisine centrale de l'hôpital ne fait pas de doute, le recours à un GIP avec la ville et le CCAS pour assurer le financement de cet investissement n'était pas évident au départ.

Des inconvénients nombreux sont apparus dès le départ et continueront sans doute à exister au cours des premières années d'existence du GIP. Ils sont liés à la difficulté de distinguer du reste de l'hôpital, un service (la cuisine) qui en a toujours fait partie et qui reste géographiquement situé à l'hôpital avec en grande partie les mêmes agents. Les réflexes de travail et les modalités informelles de fonctionnement qui se sont installées au fil des décennies sont aujourd'hui remis en cause et remplacées par de nouvelles procédures perçues comme plus lourdes. Ces lourdeurs tiennent tant à la nécessité de partager la gestion de la cuisine avec des partenaires avec lesquels l'hôpital a peu l'habitude de travailler, qu'à la nécessité de raisonner en terme de relation clients fournisseurs.

Toutefois, dans le contexte actuel de rationalisation de la dépense publique, ce choix semble le plus adapté. Outre un coût d'investissement partagé, ce choix ouvre davantage l'hôpital sur la ville et donc sur son environnement. En outre c'est un moyen de motiver le personnel et ainsi de faire mieux accepter le changement. A terme, la question de la qualité de la prestation se posera avec sans doute plus de facilité. Toutefois, c'est l'amélioration continue de la qualité de la prestation, pour un coût maîtrisé, qui permettra d'attirer d'autres partenaires dans ce GIP. Plus les partenaires seront nombreux, dans les limites bien sûr des capacités de production de l'UCP, plus le projet sera économiquement intéressant et donc pérenne dans le temps.

L'avenir de cette structure ne dépend pas que de ses membres. Les évolutions législatives et réglementaires qui envisagent notamment la création de communautés hospitalières de territoire pourraient offrir un cadre différent à ce type de coopération. Pour l'heure d'autres coopérations de ce type, entre hôpital et collectivités locales, sont envisagées ailleurs en France.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages et revues

Association HQE, *HQE mode d'emploi*, 26 mars 2006 (accessible sur Internet)

BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR JL., *organisation logistique et technique de l'hôpital*, 2000, Rennes, éditions de l'ENSP

BOUCHER J., GOUZES G., BLEMONT P., *l'externalisation : dossier cahiers de la fonction publique et de l'administration*

Revue *collectivité express*, juin, juillet 1998

Revue *Décision Santé*, Janvier 2007

Direction des hôpitaux, *les nouvelles formes juridiques de coopération inter hospitalière*, novembre 1992

GIRAUD, S, *le guide de l'ingénierie de restauration*, 2008, territorial éditions

HERTZEL, J, *Bâtiment HQE, développement durable, guide pour les décideurs et le maîtres d'ouvrage*, 2<sup>ème</sup> édition, 2007, AFNOR

KLEINOD, B, *Végétalisation des toitures*, 2001, Eugen Ulmer Eds

TEINTURIER, M R, *la blanchisserie du Centre Hospitalier du Pays du Giers, quel avenir ?* Mémoire ENSP, 2007

UDIRH, *cuisiner le plaisir*, 2008, éditions de l'ENSP

WOLF et REGENT, *l'histoire de l'alimentation à l'hôpital*, groupe histoire des hôpitaux de Rouen

### Rapports

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE : répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, 2004, éditions de l'ENSP (disponible sur Internet)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière, rapport calcul des coûts par activité, 2005, banque de données hospitalières, FHF (disponible sur Internet)

PEBEREAU *Rompre avec la facilité de la dette publique-pour des finances publiques au service de notre croissance et de notre cohésion sociale*, documentation française, 2005

## **Textes juridiques**

### Paquet hygiène :

Règlement CE 178/2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'autorité européenne de sécurité des aliments et fixant les procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires

Règlement CE 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires

Règlement CE 853/2004 fixant les règles spécifiques d'hygiène applicables aux denrées animales et d'origine animale

Code rural, article L. 233-2

Arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animal

### GIP

Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982

Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat

Ordonnance n° 2004-545 du 11 juin 2004

Code de la santé publique : articles L.6134-1 et suivants

Décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique

Décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et social

Décret n°89-918 du 21 décembre 1989

Arrêté du 30 juin 1989 donnant délégation aux préfets du pouvoir d'approbation de certaines conventions constitutives de groupement d'intérêt public.

Avis du Conseil d'Etat du 1<sup>er</sup> août 1995 relatif à la coopération entre établissements de santé.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1

Tableau des métiers et des effectifs du GIP

Annexe 2

Fiches d'identité du secteur restauration

Annexe 3

Répartition du nombre de repas du CCAS

Annexe 4

Convention constitutive du GIP

Annexe 5

Règlement financier du GIP

Annexe 6

Règlement intérieur du personnel du GIP

## Annexe 1

Tableau des effectifs et des métiers du GIP

Métiers	Nombre de postes Prévisionnels
• Directeur du GIP	0.2 (temps partiel)
• Responsable de l'unité centrale de production	1
• Responsable de la production	1
• Responsable de la logistique	1
• Responsable de la gestion administrative financière et de l'informatique	1
• Diététicien(ne), responsable qualité	1
• Agent de maintenance	1
• Agent administratif (comptabilité)	1
• Agent de suivi qualité	1
• Responsable magasin réception	1
• Magasiniers	6
• Responsable adjoint de production	1
• Cuisiniers	4
• Agents polyvalents de production	19
• Responsable de la laverie	1
• Responsable magasin expédition	1
• Livreurs polyvalents	13
• Responsables satellites CCAS	2
• Remplacement	1 (agent polyvalent)

## Annexe 2

### Fiche d'identité du secteur restauration du CHA avant le passage en mode GIP

<b>Cuisine de Girac</b>	
Nombre de repas par an	733 711
Nombre de repas fabriqués par jour	2 820 (5j/7)
Nombre de repas servis par jour	2 010
Prestation pour les patients	545 987
Prestations pour les restaurants et divers	187 724
<b>Cuisine de la Providence</b>	
Nombre de repas par an	147 954
Nombre de repas fabriqués par jour	570 (5j/7)
Nombre de repas servis par jour	405
Prestation pour les patients	144 024
Prestations pour les restaurants et divers	3 930
<b>Cuisine de Monchoix</b>	
Nombre de repas par an	42 274
Nombre de repas fabriqués par jour	163 (5j/7)
Nombre de repas servis par jour	116
Prestation pour les patients	37 224
Prestations pour les restaurants et divers	5 050

### Fiche d'identité du secteur restauration du CCAS avant le passage en mode GIP

<b>Secteur restauration du CCAS</b>	
Nombre de repas par an	124 651
Nombre de repas fabriqués par jour	479 (5j/7)
Nombre de repas servis par jour	479
Prestation pour les patients	77 255
Prestations pour les restaurants et divers	47 396

## Fiche d'identité du GIP à la livraison de la nouvelle cuisine

<b>GIP</b>	
Nombre de repas par an	1 048 590
Nombre de repas fabriqués par jour	4 033 (5j/7)
Nombre de repas servis par jour	2 872
Prestation pour les patients	804 490
Prestations pour les restaurants et divers	244 100

## Annexe 3

### Répartition du nombre de repas du CCAS

Année	Repas à Domicile	Restaurant Marengo *	Restaurant du Moulin des dames	Prestations diverses **	Total des repas servis
2004	90 054	15 484	14 005	34 173	<b>153 716</b>
2005	87 210	14 252	11 137	44 548	<b>157 147</b>
2006	84 209	12 758	9 931	41 780	<b>148 678</b>
2007	77 255	1 587	11 817	33 992	<b>124 651</b>

\* Le restaurant Marengo est fermé depuis le 1<sup>er</sup> mars 2007

\*\* CHRS le Rond Point / Ecole de Voile / Restaurant scolaire (Chardonne)

La production réalisée par l'UCPA GIP est estimée à 3300 repas fabriqués par jour

## Annexe 4

### Convention constitutive du GIP

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L 6134-1,

Vu l'ordonnance 2004-545 du 11 Juin 2004 et notamment ses articles L 341-1 et suivant,

Vu la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, et notamment son article 22,

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique,

Vu le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers,

Vu le décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988 modifié relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale,

Vu le décret n° 89-918 du 21 décembre 1989 complétant le décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988,

Vu l'arrêté du 30 juin 1989 donnant délégation aux préfets du pouvoir d'approbation de certaines conventions constitutives de groupement d'intérêt public,

Vu l'avis du Conseil d'Etat en date du 1<sup>er</sup> août 1995 relatif à la coopération entre établissements de santé,

Table des titres et articles
------------------------------

<b>Préambule</b>	<b>4</b>
<b>Titre I – Constitution – Nom – Objet – Siège – Durée</b>	<b>5</b>
Article 1 – Dénomination	5
Article 2 – Objet	5
Article 3 – Siège social	5
Article 4 – Durée	5
<b>Titre II – Membres</b>	<b>6</b>
Article 5 – Adhésion	6
Article 6 – Retrait	6
Article 7 – Exclusion	6

Article 8 – Droits des membres	7
<b>Titre III – Capital – Moyens – Contribution</b>	<b>7</b>
Article 9 – Capital	7
Article 10 – Moyens du groupement – Contribution des membres	7
<b>Titre IV – Instances – Administration – Direction – Personnels – Biens</b>	<b>8</b>
Article 11 – Assemblée générale	8
Article 12 – Conseil d'administration	8/9/10
Article 13 – Directeur	10
Article 14 – Personnels – Mise à disposition – Détachement	10
Article 15 – Biens mis à disposition	11
Article 16 – Règlement intérieur	11
<b>Titre V – Fonctionnement financier et contrôle</b>	<b>11</b>
Article 17 – Budget	11/12
Article 18 – Tenue des comptes et contrôle	12
Article 19 – Application du code des marchés publics	12
Article 20 – Commissaire du gouvernement	12
<b>Titre VI – Dissolution – Liquidation – Conciliation</b>	<b>13</b>
Article 21 - Dissolution	13
Article 22 – Liquidation	13
Article 23 – Dévolution des biens	13
Article 24 – Conciliation et contentieux	13
Article 25 – Condition suspensive	14

Il est constitué un groupement d'intérêt public entre :

**La Ville d'Angoulême**, représentée par son Maire, autorisé par délibérations en date du 11 février, 9 avril et 15 décembre 2004.

**Le Centre Hospitalier d'Angoulême**, dont le siège est situé à Saint-Michel 16470 représenté par son directeur dûment habilité à l'effet des présentes par délibérations du Conseil d'Administration en date du 15 octobre 2003, du 4 février 2004 et 3 février 2005.

*d'une part,*

**Le Centre Communal d'Action Sociale**, dont le siège est situé à Angoulême 16000 1 rue Jean Jaurès, représenté par son Président, autorisé par délibérations en date du 20 janvier, 27 Avril et 10 décembre 2004.

*d'autre part,*

### **Préambule**

La Ville d'Angoulême, le Centre Hospitalier et le Centre Communal d'Action Sociale d'Angoulême constatant la complémentarité de leurs activités dans le domaine des services de restauration concourant à une prise en charge de qualité auprès de leurs usagers, décident de se doter d'une structure commune aux fins d'optimiser le fonctionnement de ces services.

A cet effet, ils constituent un groupement d'intérêt public chargé de prendre en charge ces services pour le compte de ses membres.

Ceci étant exposé, ils ont établi ainsi qu'il suit, le contrat constitutif d'un groupement d'intérêt public, qui sera doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière dès approbation, par arrêté préfectoral, de la présente convention constitutive.

<b>Titre I – Constitution – Nom – Objet – Siège - Durée</b>
---

### **Article 1 – Dénomination**

Il est constitué entre les membres susvisés un groupement d'intérêt public dénommé «Restauration de l'Angoumois - Santé/Social »\*, régi par la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 modifiée, la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987, le décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988 modifié, et par la présente convention.

### **Article 2 – Objet**

Le groupement a pour objet d'organiser et de faire fonctionner l'activité de Cuisine centrale pour ses membres.

Les membres du groupement s'engagent à recourir exclusivement à cette structure dans le domaine considéré.

L'objet du groupement peut être modifié par le Conseil d'Administration.

### **Article 3 – Siège social**

Le siège social du groupement est fixé au Centre Hospitalier de GIRAC 16470 Saint-Michel

Il pourra être transféré en un autre lieu par décision du Conseil d'Administration.

#### **Article 4 – Durée**

Le groupement est constitué pour une durée de vingt ans, renouvelable par reconduction expresse du Conseil d'Administration.

Le groupement prend effet au jour de l'approbation de la présente convention, par arrêté préfectoral qui fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture.

### **Titre II – Membres**

#### **Article 5 – Adhésion**

La Ville d'Angoulême, le Centre Hospitalier et le CCAS d'Angoulême, signataires de la présente convention, ont la qualité de membres du groupement.

Les membres adhérents au groupement s'engagent au respect des dispositions de la présente convention de groupement d'intérêt public, ainsi que du règlement intérieur de ce groupement qui sera établi ultérieurement.

Le Conseil d'Administration du groupement peut accepter de nouveaux membres.

Tout nouveau membre est réputé adhérer de plein droit aux stipulations de la présente convention, ainsi qu'au règlement intérieur du groupement.

#### **Article 6 – Retrait**

Un membre ne peut se retirer du groupement qu'au terme de chaque période quinquennale suivant son adhésion, avec prise d'effet à l'expiration d'un exercice budgétaire.

Le retrait est assorti d'un préavis de trois ans.

La demande de retrait doit être motivée par des circonstances relevant de la force majeure. Elle est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au directeur du groupement.

Le conseil d'administration est informé lors de sa plus proche séance. Le conseil d'administration délibère sur les modalités financières de chaque retrait. Les modalités de calculs figurent dans le règlement intérieur.

#### **Article 7 – Exclusion**

En cas de manquement à ses obligations ou pour faute grave, dûment constatés, un membre peut être exclu du groupement par décision du Conseil d'Administration, après une première mise en demeure décidée à la majorité qualifiée.

Le membre concerné est entendu au préalable.

Les délibérations portant sur l'exclusion d'un membre sont valablement prises sans tenir compte du vote du membre dont l'exclusion est demandée.

Le membre exclu est tenu aux engagements financiers relatifs à l'exercice en cours.

Les dispositions financières prévues pour le retrait s'appliquent au membre exclu.

### **Article 8 – Droits des membres**

Les trois membres initiaux du groupement sont considérés à égalité de droits pour l'application de la présente convention.

Toute adhésion ultérieure devra maintenir ce principe d'égalité entre les membres.

## **Titre III – Capital – Moyens – Contribution**

### **Article 9 – Capital**

Le groupement est constitué sans capital.

### **Article 10 – Moyens du groupement – Contribution des membres**

**10.1.** Le GIP dispose de moyens pour la réalisation des actions qu'il doit mener dans le cadre de ses missions et pour lui permettre d'assurer ses dépenses de fonctionnement et d'équipement.

**10.2.** Le fonctionnement financier du GIP se fait sous la forme de contributions annuelles de chacun des membres, selon des règles qui doivent préalablement être approuvées par le conseil d'administration et qui figurent dans le règlement intérieur.

**10.3.** La mise à disposition d'équipements, de locaux et d'autres moyens en personnels ou en matériels peut intervenir sur demande du conseil d'administration du GIP. L'évaluation financière de ces mises à disposition est adoptée par le conseil d'administration du GIP. Elle fait l'objet systématiquement de remboursements de la part du groupement.

Les équipements, locaux, et autres moyens en personnels ou en matériels ainsi mis à la disposition du groupement pour les besoins de celui-ci par les membres du GIP restent la propriété de ces membres.

**10.4.** Tout équipement ou matériel financé par le groupement est la propriété du groupement.

**10.5.** Le fonds de roulement constitué lors de l'activité du GIP est la propriété du groupement. En cas de dissolution, il est restitué aux membres du GIP au prorata de leurs contributions respectives. Le règlement intérieur indiquera la méthode de constitution du fonds de roulement.

## **Titre IV – Instances - Administration – Direction – Personnels - Biens**

### **Article 11 – Assemblée générale**

Compte tenu du faible nombre de membres du groupement, le Conseil d'Administration tient lieu et place, et à toutes les compétences de l'assemblée générale.

### **Article 12 – Conseil d'administration**

**12.1.** Composition :

Le groupement est administré par un conseil d'administration composé de neuf membres, soit :

- un représentant de la Ville d'Angoulême, désigné par le Conseil Municipal

- trois représentants du CCAS, dont le Président ou son représentant
- cinq représentants du Centre Hospitalier d'Angoulême, dont le Directeur ou son représentant

Le Directeur Général des services de la ville et le Directeur du CCAS assistent aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

Tout nouveau membre représentant moins de 10% du nombre de repas fabriqué annuellement par le GIP sera représenté par un membre ayant voix consultative.

Le mandat des représentants est de trois ans. Il est renouvelable. Le mandat des représentants de la ville et du CCAS prend fin à chaque renouvellement municipal.

Les fonctions sont gratuites. Les représentants peuvent prétendre au remboursement de leurs frais de déplacement par le GIP dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Le conseil d'administration élit chaque année, en son sein, le président du groupement à la majorité de ses membres. Les fonctions d'administration et de directeur du groupement sont incompatibles. Il désigne également un vice-président.①

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an (avant le 30 juin pour arrêter les comptes et avant le 1<sup>er</sup> novembre pour arrêter le projet de budget), et aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige sur la convocation de son président, ou à la demande d'un de ses membres.

*① modifié par avenant du 14/05/08*

Le conseil d'administration peut décider de la participation à ses séances d'un représentant du personnel, selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

Les convocations aux réunions et l'ordre du jour sont adressés par le président au moins quinze jours avant la réunion.

Le conseil d'administration ne peut valablement se réunir que lorsque le quorum, qui est égal à la moitié plus un des administrateurs présents ou représentés, est atteint. En cas d'absence de quorum, le conseil d'administration est convoqué une nouvelle fois dans les huit jours qui suivent la première réunion. Le conseil d'administration peut alors délibérer sans quorum.

Le représentant légalement désigné de chaque structure porte les voix de la structure qu'il représente. Les décisions de gestion du G.I.P se prennent à la majorité simple. La modification de la convention constitutive se fait, pour ce qui la concerne à la majorité qualifiée des 2 . ①

3

Les comptes rendus des séances du conseil d'administration sont transmis par le président aux administrateurs. En outre, les comptes rendus sont consignés dans un registre conservé au siège du groupement.

## **12.2. Attributions :**

Le Conseil d'Administration délibère notamment sur les objets suivants :

- la détermination des pouvoirs du directeur,
- le règlement intérieur sur proposition du directeur,
- la définition du programme annuel d'activités, par référence aux besoins des membres,
- le rapport annuel d'activité,
- le projet de budget,
- les contributions des membres,
- la désignation des membres de la commission d'appel d'offres,
- les conventions de mise à disposition éventuelle des personnels,
- les détachements des agents de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics,
- les recrutements et les conditions d'emploi de personnels propres du GIP, la remise à la disposition de leurs corps d'origine des personnels,
- la proposition d'approbation des comptes présentée à l'assemblée générale,
- l'autorisation donnée au président ou au directeur du groupement de conclure des contrats ou de passer des engagements financiers, en limitant éventuellement le seuil,
- le fonctionnement du groupement,
- la proposition de nouvelles adhésions,
- la mise en demeure dans le cadre d'une procédure d'exclusion,
- la proposition des modalités de liquidation du groupement,

*① modifié par avenant du 14/05/08*

- l'autorisation d'ester en justice,
- la création de régies de dépenses et de recettes,
- la modification de l'objet du groupement,
- le transfert du siège social,
- l'admission d'un nouveau membre,
- le retrait ou l'exclusion d'un membre,
- la prorogation ou la dissolution anticipée du groupement ainsi que les mesures nécessaires à la liquidation.

### **Article 13 – Directeur**

Le conseil d'administration nomme un directeur sur proposition du président.

Il est chargé de la préparation et de l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration. Il assure le secrétariat et tient le registre des délibérations.

Il a la qualité d'ordonnateur des dépenses et des recettes.

Il assure la gestion opérationnelle du groupement, sous l'autorité du Conseil d'Administration. Il le tient informé du fonctionnement du groupement.

Il a autorité sur le personnel mis à disposition.

Il élabore un rapport annuel retraçant l'activité du groupement qui est soumis au Conseil d'Administration.

En outre, il détient les pouvoirs que le conseil d'administration lui délègue.

#### **Article 14 – Personnels – Mise à disposition – Détachement**

Les personnels sont mis à disposition du groupement, par voie de convention, par les membres du groupement, conformément aux règles statutaires.

Les salaires et charges font alors l'objet d'un remboursement par le groupement.

Des agents de l'Etat, des collectivités territoriales ou des établissements publics peuvent, le cas échéant, être détachés, conformément au statut général de la fonction publique, à leurs statuts particuliers et aux règles de la fonction publique hospitalière.

Exceptionnellement, pour couvrir ses besoins en personnel par des compétences adaptées, le GIP peut procéder à des recrutements en particulier pour les remplacements d'été ou liés à des arrêts maladie. Ces recrutements de personnels et leurs conditions d'emploi sont soumis à l'approbation du conseil d'administration du GIP.

#### **Article 15 - Biens mis à disposition**

Les biens éventuellement mis à dispositions du groupement par l'un de ses membres demeurent la propriété du membre du groupement.

Les charges d'exploitation des biens mis à disposition sont supportées par le budget du groupement.

#### **Article 16 – Règlement intérieur**

Le conseil d'administration approuve, sur proposition du directeur, un règlement intérieur nécessaire à la réalisation des objectifs poursuivis par le groupement, et relatif à son fonctionnement.

### **Titre V – Fonctionnement financier et contrôle**

#### **Article 17 – Budget**

Le budget, approuvé chaque année par le Conseil d'Administration, inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice.

Il fixe le montant des crédits destinés à la réalisation des objectifs spécifiques du groupement en distinguant :

- les dépenses de fonctionnement
- les dépenses d'investissement

Les dépenses de fonctionnement comprennent principalement la rémunération des prestataires, le remboursement des frais du personnel du groupement, les frais de fonctionnement, et, le cas échéant, les frais financiers et la dotation aux comptes d'amortissement.

Les recettes de fonctionnement comprennent notamment des contributions annuelles de chaque membre, selon des règles qui doivent être approuvées par le conseil d'administration, ainsi que subventions et produits divers.

La première contribution forfaitaire des membres initiaux est répartie de la manière indicative suivante :

- **Ville d'Angoulême**..... 5 %
- **CCAS d'Angoulême**..... 15 %
- **Centre Hospitalier d'Angoulême** ..... 80 %

Cette répartition sera à confirmer par la suite en fonction de la réalité constatée à l'article 10.2.

Le groupement ne donnant lieu ni à la réalisation ni au partage de bénéfices, les excédents ou déficits sont régis par les règles de la comptabilité publique.

Au cas où les charges dépasseraient les recettes de l'exercice, le conseil d'administration devrait statuer sur le report du déficit sur l'exercice suivant.

Les membres du groupement sont tenus des éventuelles dettes du groupement dans la même proportion que leurs contributions définies à l'article 10.2.

Toute modification de la répartition de la contribution au solde entraîne la même modification de la contribution aux dettes.

#### **Article 18 – Tenue des comptes et contrôle**

La tenue des comptes est assurée selon les dispositions budgétaires et comptables des établissements publics nationaux. Le plan comptable applicable est la nomenclature M9.1.

Le comptable du groupement est désigné par le ministre chargé du budget.

Le groupement est soumis au contrôle financier de l'Etat dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires.

#### **Article 19 – Application du code des marchés publics**

Les achats de biens et de services auxquels procède le groupement sont soumis au code des marchés publics.

La commission d'appel d'offres est composée de trois membres, soit le directeur du groupement, président, et deux administrateurs désignés par le conseil d'administration pour trois ans.

Assistent à la commission avec voix consultative, les membres visés par le code des marchés publics.

Le directeur fixe la composition nominative de la commission parmi les membres désignés par le conseil d'administration.

#### **Article 20 – Commissaire du gouvernement**

Le préfet ou son représentant exerce la fonction de commissaire du gouvernement auprès du groupement.

Le commissaire du gouvernement est invité à toutes les instances du groupement.

### **Titre VI – Dissolution – Liquidation – Conciliation**

#### **Article 21 – Dissolution**

Le groupement est dissout de plein droit au terme de sa durée conventionnelle.

Il peut être dissout sur décision du Conseil d'Administration, dans les conditions définies par la présente convention.

#### **Article 22 – Liquidation**

La dissolution du groupement entraîne la liquidation, dont les modalités sont fixées par le Conseil d'Administration qui nomme un ou plusieurs liquidateurs. La personnalité morale du groupement subsiste pour les besoins de cette liquidation.

#### **Article 23 – Dévolution des biens**

En cas de dissolution volontaire, statutaire ou prononcée par l'autorité administrative, les biens du groupement sont dévolus suivant les règles déterminées par le conseil d'administration.

#### **Article 24 – Conciliation et contentieux**

En cas de litige survenant entre les membres, ou encore entre le groupement et l'un de ses membres à raison de la présente convention ou de ses suites, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à deux conciliateurs qu'elles auront désignés.

Ces conciliateurs s'efforceront de trouver une solution amiable dans un délai maximum de deux mois à compter de la désignation des conciliateurs.

En cas de litige, le tribunal administratif de Poitiers constituera la juridiction compétente.

#### **Article 25 – Condition suspensive**

La présente convention est conclue sous réserve de son approbation par l'autorité administrative qui en assure la publicité, conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

Fait à Saint-Michel, le 28 Février 2005

*Le Directeur du Centre Hospitalier  
d'Angoulême,*

*Le Maire d'Angoulême,*

*Le Président du CCAS,*

## Annexe 5

# Règlement financier du GIP

### **CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS COMPTABLES ET BUDGETAIRES**

#### Article 1 – Statut comptable de l'établissement

La tenue des comptes du Groupement d'Intérêt Public « Restauration de l'Angoumois » est soumise aux règles de la comptabilité publique. Elle est assurée par l'agent comptable nommé par le Ministre chargé du budget.

Il est soumis aux dispositions financières et comptables de l'Instruction Générale de la Comptabilité Publique M9-1.

#### Article 2 – Ordonnateur et délégation de signature

L'ordonnateur des dépenses du GIP est le Directeur, dûment habilité par délégation de signature. Le Directeur peut déléguer sa signature en tant que de besoins, de façon permanente ou temporaire. La délégation de signature doit être notifiée à l'agent comptable.

#### Article 3 – Exercice budgétaire

Le budget primitif prévoit et autorise les ressources et les dépenses au cours de l'année civile du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre. Le budget primitif peut être modifié en cours d'année par des décisions modificatives budgétaires.

#### Article 4 – Définition et forme de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

L'état prévisionnel des recettes et dépenses et (EPRD) est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et dépenses du GIP « Restauration de l'Angoumois ».

L'EPRD fait apparaître, sous deux sections distinctes, la totalité des recettes et dépenses au cours d'un exercice de douze mois, débutant le 1<sup>er</sup> Janvier.

La première section est intitulée « compte de résultat prévisionnel » et la seconde est appelée « tableau de financement abrégé prévisionnel ».

#### ▪ **Section 1 – Compte de résultat prévisionnel**

Cette première section comprend les opérations de recettes et de dépenses relatives à l'exploitation décrites aux comptes de la classe 6 et 7 et regroupées en trois sous-sections :

Exploitation  
Financières  
Exceptionnelle

Cette section permet de dégager, in fine et en solde le résultat prévisionnel qui sera soit un bénéficiaire, soit une perte, à partir duquel est calculée la capacité d'autofinancement (CAF) ou l'insuffisance d'autofinancement prévisionnelles (IAF).

#### ▪ **Section 2 – Tableau de financement abrégé prévisionnel**

Cette seconde section présente l'ensemble des ressources en capital de l'année (dotations, subventions d'équipement, cessions d'immeubles ou de titres), et l'emploi qui en est fait (acquisitions d'immeubles ou de titres, formation de stocks...). La capacité d'autofinancement (CAF) ou l'insuffisance d'autofinancement prévisionnelle (IAF) sont reportées respectivement en recettes ou dépenses du tableau de financement abrégé.

#### Article 5 – Autorisations budgétaires

Les prévisions sont établies par chapitre. Le chapitre est l'unité d'exécution budgétaire sur laquelle se prononce le conseil d'administration.

Le chapitre est une dotation limitative. L'ordonnateur ne peut valablement engager et ordonnancer une dépense que dans la limite des crédits inscrits au chapitre.

Toute modification (en augmentation ou en diminution) du niveau des crédits du chapitre doit faire l'objet d'une décision modificative présentée au conseil d'administration et approuvée.

Toutefois, les crédits relatifs aux opérations suivantes ont un caractère évaluatif :

- Amortissements (68)
- Provisions (68)
- Variation de stocks (603)
- Pénalités sur marchés et débits payés sur achats et ventes (6711)

Le caractère évaluatif de ces crédits implique que l'ordonnateur peut engager, liquider, et ordonnancer une dépense sur un compte éventuellement non doté ou insuffisamment doté au budget.

Dans l'hypothèse d'une exécution dépassant le montant initial de la dotation inscrite au budget primitif, l'écart sera simplement constaté et justifié au compte financier.

Lorsque les mouvements de crédits ne modifient pas le montant du chapitre, tel qu'il est défini dans la nomenclature budgétaire, l'ordonnateur est compétent pour procéder à un virement d'article à article.

Les virements de crédits ne sont pas soumis au vote du conseil d'administration.

#### Article 6 – Vote de l'EPRD

L'EPRD doit être approuvé par le conseil d'administration pour être opposable et entrer en vigueur, et ce avant le début de l'année. Dans tous les cas, cette délibération doit être prise au plus tard le dernier jour du mois précédant celui auquel il se rapporte.

Si le budget n'est pas approuvé, pour quelque motif que ce soit, le budget de l'exercice précédent est reconduit sur la base des prévisions budgétaires de l'exercice précédent ; reconduction limitée aux crédits de fonctionnement de l'exercice précédent.

Les décisions modificatives sont soumises à approbation du conseil d'administration.

#### Article 7 – Contrôle de légalité

Une fois voté par le Conseil d'Administration, l'EPRD est envoyé à Monsieur le Préfet au titre du contrôle de légalité.

#### Article 8 – Agent comptable

L'agent comptable assiste, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration de l'établissement. Les convocations, accompagnées des ordres du jour, doivent lui parvenir quinze jours au moins avant la séance. Les procès-verbaux lui sont adressés dès leur établissement.

L'agent comptable établit un rapport annuel sur la gestion financière de l'établissement qu'il transmet au conseil d'administration.

#### Article 9 – Gestion des disponibilités

Les disponibilités du GIP « Restauration de l'Angoumois » sont déposées sur un compte au Trésor ouvert par l'agent comptable du GIP auprès de la Trésorerie Générale de la Charente, teneur du compte. L'intégralité des opérations financières est enregistrée sur ce compte.

Le GIP « Restauration de l'Angoumois », sous réserve de l'autorisation du conseil d'administration, peut effectuer des placements de ses fonds libres sur décision de l'ordonnateur et réalisés par l'agent comptable en valeurs du Trésor ou garanties par l'Etat.

Les produits financiers sont exclusivement affectés aux financements des projets.

#### Article 10 – Immobilisations et amortissements

Le GIP « Restauration de l'Angoumois » est autorisé à acquérir des immobilisations. Il pratique l'amortissement de ces immobilisations.

Ces immobilisations sont répertoriées dans un inventaire physique.

### **CHAPITRE 2 – GESTION DU GIP « RESTAURATION DE L'ANGOUMOIS »**

#### Article 1 – Contribution des membres : principe général

Le GIP a pour mission d'assurer la prestation de restauration pour ses membres et pour eux seuls. Le financement du GIP est donc assuré par les contributions de ses membres qui doivent couvrir l'ensemble des dépenses du GIP. Cette prestation comporte la production et la distribution des repas.

L'organisation de la coopération entre les membres, par le biais du GIP, a pour conséquence que les coûts de prestations font l'objet d'une répartition entre les membres, et non d'une tarification de type commercial. Cette répartition se fait selon les règles fixées dans le présent règlement.

#### Article 2 – Estimation pluriannuelle des membres en terme de commandes de repas

	2008	2009	2010	2011
CHA	733 700 (85,95%)	810 000	923 000	923 000
Ville (1)	5 000 (0,60%)	5 000	5 000	5 000
CCAS	115 000 (13,47%)	120 000	125 000	130 000
Total	853 700	935 000	1 053 000	1 058 000

Ce tableau est susceptible de faire l'objet d'une réactualisation en fonction des tendances constatées. En particulier, le nombre de repas en 2009 pour le Centre Hospitalier dépendra de la date de fermeture du Centre de Convalescence de « Monchoix » et de la date d'ouverture de la nouvelle cuisine qui entraînera la fermeture de celle de la Maison de Retraite « La Providence ».

#### Article 3 – Modalités pratiques de fixation des contributions des membres

Un appel de fonds mensuel, calculé sur la base d'une prévision de recours effectif de chaque membre aux services du GIP, et sur les éléments financiers de l'EPRD, sera envoyé aux membres du GIP autour du 15 de chaque mois.

Tous les quadrimestres (30 avril – 31 août – 31 décembre), en fonction du recours effectif des membres aux services du GIP, du coût constaté de la structure, et du montant des appels de fonds déjà réalisé, il sera procédé à la régularisation, pour chaque membre, de sa contribution financière lors de l'appel de fonds suivant.

Un tableau récapitulatif prévisionnel des titres à émettre et des dates d'émission sera annexé chaque année à l'EPRD.

La contribution des membres sera appréciée en fonction :

*(1) Les commandes de la Ville concernant les repas du self de la Ville, ainsi que, le cas échéant, les dépannages des cantines des écoles.*

- Du nombre de repas commandés par ordres de service par chacun des membres.
- Des prestations individuelles propres à chaque membre (petit déjeuners pour le Centre Hospitalier, barquettes pour le CCAS, repas pour le plan grand froid ou événements exceptionnels) ;
- De prestations exceptionnelles (repas améliorés, réceptions... par exemple)
- Des dépenses de logistiques effectivement constatées au profit de chaque membre et visées en annexe.

La comptabilité analytique du GIP permettra de répartir l'ensemble des dépenses du GIP entre les membres, dans le cadre des règles précisées à l'article 4.

Pour cela, le GIP tiendra une comptabilité précise du nombre de repas préparés pour chaque collectivité, du nombre de petits déjeuners servis au Centre Hospitalier d'Angoulême, des barquettes et dispositifs nécessaires à la livraison des repas du portage à domicile, des repas exceptionnels, de la logistique, ainsi que des coûts afférents à chacune de ces catégories de services.

#### Article 4 – Règles d'évaluation de la contribution de chaque membre à la production des repas (art. 17 et 10-2 de la Convention Constitutive)

La convention constitutive dans son article 10-2 dispose que le fonctionnement financier du GIP se fait sous la forme de contributions annuelles de chacun des membres, selon des règles qui doivent préalablement être approuvées par le Conseil d'Administration. Le présent règlement financier doit donc déterminer ces règles.

L'article 17 de la convention constitutive indiquait que la première contribution forfaitaire des membres initiaux était répartie de la manière indicative suivante :

Ville d'Angoulême	5%
CCAS Angoulême	15%
Centre Hospitalier d'Angoulême	80%

Cette règle a été appliquée et le sera jusqu'à la date du 1<sup>er</sup> Juin 2008, c'est-à-dire au début du fonctionnement effectif du GIP.

A compter de cette date, il convient de se référer à la suite de l'article 17 qui indique que cette répartition (5%/15%/80%) sera à confirmer par la suite en fonction de la réalité constatée.

En conséquence, il en découle que les coûts de production des repas doivent être imputés aux différents membres, en proportion du nombre de repas effectivement commandé au GIP.

#### Article 5 : Dépenses de logistique liées à la distribution des repas

Par ailleurs, les coûts de logistique comprenant les coûts de conditionnement des repas (plateaux, multi-portions) et de distribution, c'est-à-dire les dépenses afférentes au personnel, aux véhicules, les petites fournitures spécifiques (barquettes, etc...), seront isolés dans l'EPRD et suivis en comptabilité analytique par circuit logistique, avec les particularités suivantes :

- 1- logistique repas à domicile : ceci concerne exclusivement le CCAS. Compte tenu de leur volume, les véhicules du portage à domicile sont utilisés presque exclusivement pour cette mission. S'ils devaient être utilisés pour un autre membre du groupement, il conviendrait de lui en répercuter une part des coûts, proportionnelle à son utilisation.
- 2- logistique sites externes : les coûts du véhicule servant à desservir, l'USLD, la Maison de Retraite du vieux Girac, le CHRIS, le Moulin des Dames, la Providence, Beaulieu, les sites de la ville d'Angoulême, etc..., seront répartis entre les membres en fonction de la clé de répartition correspondant à la réalité des transports effectués au profit des uns et des autres.
- 3- Logistique des repas du Centre Hospitalier : ceci concerne exclusivement le Centre Hospitalier (préparation des chariots à acheminer par la manutention automatique).
- 4- Les coûts de la fonction logistique isolés dans l'EPRD et non imputables sur un des circuits seront répartis entre les membres en fonction du pourcentage constaté dans les dépenses réparties au 1, 2 et 3.

#### Article 6 – Dépenses propres à chaque membre du GIP

Les coûts propres à chaque membre du GIP sont facturés au coût réel isolé par la comptabilité analytique. Il s'agit, pour le Centre Hospitalier d'Angoulême, des petits déjeuners et des collations, et, pour le Centre Communal d'Action Sociale, de l'ensemble des barquettes nécessaires au conditionnement des repas.

Par ailleurs, les repas exceptionnels commandés au GIP sont également facturés à leur coût réel, éventuellement sur devis. Il peut s'agir :

- de repas commandés dans le cadre de circonstances exceptionnelles (plan grand froid, évènements imprévisibles...)

- de repas festifs (journée des Anciens), ou de participation à la réalisation de manifestations (pots, buffets, repas...) ou encore de déjeuners de travail.

#### Article 7 – Coûts fixes et coûts variables

Les coûts de production et de la logistique sont composés des dépenses fixes et de dépenses variables.

1- Les coûts fixes de production ne sont pas influencés par les variations annuelles du nombre de repas produits pour les membres. Il s'agit des dépenses de personnels, des dépenses de maintenance et de services visés dans la convention liant le GIP au Centre Hospitalier d'Angoulême, des charges financières et des dotations aux amortissements.

En ce qui concerne les dépenses de personnel, elles correspondent à des dépenses fixes tant que la baisse ou la hausse d'activité n'oblige pas à réduire ou à augmenter le nombre d'agents. Le nombre d'agents pourra donc être modulé en fonction de l'activité constatée, mais aussi en fonction des gains de productivité dus à l'organisation ou au matériel.

2- Les coûts variables comprennent les achats alimentaires et certaines autres dépenses directement liés à l'activité. Elles varient effectivement en fonction du nombre de repas préparés.

La liste des dépenses fixes et variables figure en annexe au présent règlement.

#### **Annexe 1**

**LES COMPTES DU BUDGET DU G.I.P CLASSES SELON  
LEUR CARACTERE FIXE OU VARIABLE**

<b>COMPTES FIXES</b>		<b>COMPTES VARIABLES EN FONCTION DE L'ACTIVITE</b>	
<b>61</b>	<b>Services extérieurs</b>	<b>60</b>	<b>Achats</b>
	• <b>613</b> Loyer		• <b>601</b> Alimentation
	• <b>615</b> Entretien réparation		• <b>602</b> Autres achats
	• <b>616</b> Assurances		• <b>606</b> Achats non stockés
	• <b>618</b> Divers		
<b>62</b>	<b>Autres services extérieurs</b>		
	• <b>621</b> Personnel mis à disposition		
	• <b>622</b> Honoraires		
	• <b>623</b> Information, publication		

• <b>625</b>	Déplacements	
• <b>626</b>	Frais postaux et télécommunication	
• <b>628</b>	Prestations de services fournies par le C.H.A	
<b>66</b>	<b>Charges financières</b>	
• <b>661</b>	Charges d'Intérêt	
<b>68</b>	<b>Dotations aux amortissements</b>	
• <b>681</b>	Amortissements	

## Annexe 6

# Règlement intérieur du GIP

### **Préambule :**

### **La convention constitutive du 28 février 2005 crée le Groupement d'Intérêt Public « Restauration de l'Angoumois »**

Le règlement intérieur du Groupement d'Intérêt Public « Restauration de l'Angoumois » s'applique aux personnels mis à disposition par le Centre Hospitalier d'Angoulême et le Centre Communal d'Action Sociale d'Angoulême ainsi qu'aux personnels directement recrutés par le GIP.

Il vise à rappeler les droits et obligations des parties, les modalités d'exercice du temps de travail des personnels et de manière plus générale, le fonctionnement du GIP dans le cadre du respect des différents statuts applicables.

Dans un souci d'homogénéité, d'uniformisation, de transparence et de lisibilité ce règlement intérieur se conforme globalement aux modalités de fonctionnement du service restauration hospitalière en ce qu'elle présente une meilleure adaptation au nouveau périmètre des missions définis par le Conseil d'Administration.

## **CHAPITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE MISE A DISPOSITION ET DE REINTEGRATION**

### **1.1 Définition**

La mise à disposition n'est qu'une forme particulière de la position d'activité. L'agent mis à disposition demeure dans son corps d'origine où il est réputé occuper son emploi.

Ainsi, l'agent mis à disposition du GIP reste sous la responsabilité de son administration d'origine (soit le Centre Hospitalier d'Angoulême, soit le Centre Communal d'Action Sociale).

Toutefois dans l'exercice de sa mission il relève de l'autorité fonctionnelle du Directeur du GIP.

### **1.2 Conditions de la mise à disposition et de la réintégration**

La décision individuelle de mise à disposition est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination sur demande de l'agent. La durée de mise à disposition est de trois ans renouvelable. La mise à disposition peut prendre fin avant le terme fixé, à l'initiative de l'une des trois parties (l'agent, l'administration d'origine ou la Direction du GIP).

L'état des effectifs est fixé par le conseil d'administration.

Lors du départ d'un agent mis à disposition du GIP, le remplacement sera effectué, après avis du Directeur du GIP, par l'administration dont dépendait l'agent sortant.

Le choix du candidat à recruter est effectué par le Directeur du GIP en adéquation avec le profil de poste. En cas d'augmentation ou de diminution de l'effectif, le Conseil d'Administration du GIP fixe la contribution de chaque administration.

### **1.3 Application de certaines dispositions du statut**

L'évaluation annuelle est réalisée par le Directeur du GIP selon le modèle en vigueur au sein de l'administration dont dépend l'agent évalué. La notation relève de l'administration d'origine. Pour le personnel contractuel, une évaluation est réalisée par le Directeur du GIP avant chaque renouvellement du contrat et transmise à l'administration d'origine.

L'avancement se fait conformément au titre dont dépend l'agent (titre III ou titre IV) et selon les modalités prévues par le Statut Particulier. Les tableaux d'avancement sont établis par l'administration d'origine après avis de la CAP compétente. Les avancements de grade sont conformes au tableau des emplois défini par le GIP.

### **1.4 Fonctionnement du dialogue social au sein du GIP**

Les membres du GIP conservent leur éventuel mandat électif au sein des instances de leur établissement d'origine. Ils restent électeurs et éligibles lors de scrutins organisés dans leur établissement d'origine pour le renouvellement des CAP.

Le Comité Consultatif :

Pour mener le dialogue social, il est mis en place un comité consultatif non paritaire chargé de donner un avis sur toutes les questions touchant à l'organisation du travail, l'hygiène, la sécurité, les conditions de travail, la formation, ainsi que sur les questions budgétaires. Cette structure sera également consultée pour toute modification du règlement intérieur.

Le comité représente tous les agents mis à disposition du groupement ; Cependant en aucun cas il n'examinera de dossier individuel.

Le comité consultatif se réunira au moins quatre fois par an sur convocation de la direction du GIP. L'ordre du jour sera fixé après concertation avec les membres du comité. Le compte rendu de chaque séance sera envoyé aux organisations syndicales représentées dans les CTP et CTE du Centre Hospitalier, de la Ville et du CCAS. Un rapport annuel décrivant le fonctionnement du comité consultatif sera adressé au Conseil d'Administration du GIP ainsi qu'aux CTE – CTP – CHS – CHSCT du Centre Hospitalier, de la Ville et du CCAS.

Composition du Comité Consultatif :

Le GIP sera représenté par le Président ou son représentant, le Directeur Administratif et le Responsable Technique de l'UCP. Les représentants des personnels seront au nombre de six (6). Ils seront nommés par les organisations syndicales représentatives sur la base des résultats aux élections professionnelles aux CTP et CTE.

Cependant, lorsque les mises à disposition du personnel seront effectives, il est convenu de procéder à des élections au sein du GIP, afin d'élire les représentants du personnel.

Les organismes consultatifs existants dans chacune des administrations concernées recevront le compte rendu de chacune des séances du Comité Consultatif.

Par ailleurs, il est créé un conseil de service au sein du GIP présidé par le Directeur. Les missions, modalités de désignation et de fonctionnement de ce conseil de service sont celles prévues par la fonction publique hospitalière.

Le conseil de service a notamment pour objet de permettre l'expression du personnel, de favoriser les échanges d'information et de participer à l'élaboration du projet de service. L'organisation du conseil de service et les modalités de désignation des membres de ce conseil font l'objet d'une note de service réalisée par le Directeur du GIP.

## **CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ET OBLIGATIONS DES AGENTS**

### **2.1 GARANTIES**

#### **4 2.1.1 La liberté d'opinion et la liberté d'expression**

Aucune distinction ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse.

La liberté d'expression est également garantie notamment dans le cadre professionnel (cf point relatif à la liberté syndicale). Elle s'accompagne toutefois du devoir de neutralité et de l'obligation de réserve.

#### **2.1.2 L'égalité de traitement et la non discrimination**

Aucune distinction ne peut être faite entre les agents en raison de leur sexe, de leur état de santé, de leur handicap ou de leur appartenance ethnique.

#### **5 2.1.3 La liberté syndicale et le droit de grève**

Chaque agent peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer au syndicat de son choix.

Le droit de grève est également reconnu. Cependant, en raison de la nécessité d'assurer la sécurité et la continuité du service hospitalier, le Directeur du GIP est amené dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur et de la jurisprudence à mettre en place un service minimum et peut procéder à des assignations. Les agents assignés ont l'obligation de se présenter à leur poste de travail.

Le Directeur du GIP définit l'effectif minimum en cas de grève. L'appréciation du service minimum est effectuée par référence aux services offerts aux usagers les dimanches et jours fériés (grève d'une journée) sous réserve de disposer d'un préavis local de 5 jours francs. Ce préavis doit permettre d'une part la négociation avec la ou les organisations syndicales ainsi que l'adaptation de l'activité programmée si la grève devient effective. Par ailleurs, l'effectif minimum varie selon la durée de celle-ci.

#### **2.1.4 Le droit à la protection à l'égard des tiers**

Cette protection recouvre deux notions :

- La protection du personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures et diffamations ou outrages exercés par le public.

- La protection de l'agent pour les fautes de service : L'administration d'origine accorde sa protection à l'agent dans le cas où il fait l'objet de poursuites à l'occasion de faits dans le cadre du travail qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

## **6 2.1.5 Le droit à la consultation du dossier individuel**

Tout agent a la possibilité de consulter sans rendez vous, son dossier administratif auprès de la Direction des Ressources Humaines de son administration d'origine (Centre Hospitalier d'Angoulême ou Centre Communal d'Action Sociale) pendant les horaires d'ouverture de celles-ci.

Par ailleurs aucune information relative à la situation administrative d'un agent ne peut être communiquée à l'extérieur sauf dans les cas prévus par la loi (réquisition judiciaire, impôts...).

## **2.1.6. La formation**

Le besoin de formation découle du besoin du service et des souhaits des agents. Sur ces bases, le Directeur du G.I.P en liaison avec les D.R.H élabore un plan de formation pluriannuel compatible avec les procédures en vigueur dans chacune des collectivités. Pour favoriser la mise en œuvre d'actions de formation d'adaptation commune, l'une des administrations peut organiser une session de formation. La contribution de chacune des administrations est ensuite fixée au prorata du nombre de participant. Les départs en formation sont soumis à l'accord préalable du Directeur du GIP.

## **2.1.7. Les œuvres sociales**

Les personnels mis à disposition continueront à bénéficier des œuvres sociales servies par leur administration d'origine.

## **2.2 LES OBLIGATIONS**

Le manquement aux obligations professionnelles fait l'objet d'un rapport circonstancié du Directeur du GIP qui est transmis à l'administration d'origine. Les suites éventuelles à donner au plan disciplinaire relèvent de l'autorité investie du pouvoir de nomination et obéissent aux règles en vigueur dans la fonction publique hospitalière ou territoriale selon la provenance de l'agent.

### **2.2.1 L'obligation de présence**

Toute absence doit être signalée le plus rapidement possible au responsable hiérarchique du GIP et justifiée auprès de l'administration d'origine au maximum dans les 48 heures. L'agent qui ne régularise pas sa situation est placé en position de congé sans traitement.

### *Dispositions relatives aux ordres de mission*

Afin de préserver les droits des agents en cas d'accident de trajet, les dispositions suivantes doivent être respectées :

Tout agent effectuant un déplacement dans le cadre du travail hors de la résidence administrative doit disposer d'un ordre de mission délivrée par la Direction des Ressources Humaines de son administration d'origine sous couvert du Directeur du GIP.

Pour certains agents astreints à des déplacements fréquents dans le cadre de leur travail, un ordre de mission permanent peut être délivré par la Direction des Ressources Humaines de l'administration d'origine.

Ces dispositions ne concernent pas les agents effectuant des livraisons qui sont considérés en poste de travail et à ce titre sont couverts sans ordre de mission.

## **7 2.2.2 L'obligation d'obéissance**

Tout agent, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Dans ce cadre, les agents sont tenus de se conformer aux règles internes de fonctionnement du Groupement d'Intérêt Public. Ils relèvent de l'autorité du Directeur du GIP sur l'ensemble des champs d'action de celui-ci (organisation du travail, planning...etc).

En cas de constat d'un danger grave et imminent par un des membres du CHSCT, ce dernier en avise immédiatement le Directeur du Groupement d'Intérêt Public qui fait procéder sur le champ à une enquête et prend toutes les dispositions utiles pour y remédier.

## **7.1 2.2.3 Les obligations à l'égard des tiers**

L'obligation de secret professionnel s'applique à tous les membres du GIP. Ces derniers sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les bénéficiaires des repas (restrictions alimentaires, régimes...etc).

## **7.1.1 CHAPITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU TEMPS DE TRAVAIL**

### **3.1 DUREE DU TRAVAIL**

**Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de :**

**1575 heures pour le personnel à repos fixes**

**1561 heures pour le personnel à repos variables (entre 10 et 20 dimanches ou fériés travaillés)**

**Chaque année une note de service établie par la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier d'Angoulême décline cette durée annuelle en fractions mensuelles tenant compte des repos hebdomadaires et des jours fériés.**

**A la fin de chaque année civile (par extension on inclus également, les jours tombant au début janvier de l'année suivante et qui font partie des vacances du calendrier scolaire), les agents doivent impérativement être à jour de leurs congés annuels et de leurs droits RTT. Les jours de congés (hormis les deux hors saison) ainsi que les jours ou heures RTT non pris en fin d'année sont perdus ou placés dans le Compte Epargne Temps, lorsque ce compte existe, au plus tard le 15 février de l'année suivante selon les modalités définies au 2.10 du présent règlement.**

**Les agents sont en repos variables dès lors qu'ils travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés dans l'année considérée. Dans le cas où les agents effectuent entre 10 et 20 dimanches ou jours fériés dans l'année, la durée annuelle du travail est fixée à 1561 heures.**

### **3.2 TEMPS DE REPAS ET PORT D'UNE TENUE OBLIGATOIRE**

#### **3.2.1 Temps de repas**

Les organisations mises en place doivent obligatoirement prévoir pour les agents en poste sur un horaire du matin ainsi que sur les horaires de journée, un temps permettant la prise du repas méridional d'une durée minimum de 30 mn.

Ce temps n'est pas considéré comme du temps de travail

Le repas de midi n'est pas payé par les agents. Conformément à la réglementation relative aux avantages en nature, ce repas est déclaré sur la base du planning de travail réalisé de la cuisine.

Des locaux suffisants sont mis à disposition des personnels pour la prise des repas.

#### **3.2.2 Port d'une tenue obligatoire**

Le temps d'habillage et de déshabillage fait partie du temps de travail effectif, lorsque le port d'une tenue de travail est rendu nécessaire par le Directeur du GIP après avis du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

### **3.3 GARANTIES**

Les organisations de travail mises en place au sein du GIP doivent s'efforcer de respecter les garanties suivantes :

- a) La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder quarante-huit heures au cours d'une période de 7 jours.
- b) La durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures.
- c) Dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10 heures 30. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de trois heures.
- d) Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'au moins un repos hebdomadaire de trente-six heures consécutives minimum. Le nombre de jours de repos est fixé à quatre jours pour deux semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs dont un dimanche.
- e) Une pause d'une durée maximale de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives.

### **3.4 CYCLES ET HORAIRES DE TRAVAIL**

Le travail est organisé, selon des périodes de référence dénommées cycles de travail. La durée du cycle ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à 12 semaines.

La durée du travail est organisée à l'intérieur du cycle de travail, qui est une période qui se répète à l'identique, d'un cycle à l'autre. Le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut varier.

L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le Directeur GIP après consultation du Comité Consultatif.

*L'amplitude et la durée effective de travail*

L'amplitude journalière pour les postes où intervient la pause méridienne est de 8H 15 comptant pour 7H45 de travail effectif. Pour les autres postes elle est de 7H45 pour 7H45 de travail effectif.

### 3.5 MODALITES D'APPLICATION DE LA RTT

La récupération des heures dues au titre de la réduction du temps de travail est effectuée en journées selon l'organisation définie au sein du GIP. Cependant à la demande des agents et selon les nécessités de service. Cette récupération peut s'effectuer en heure ou en demi-journées. Une partie de ces heures, journées ou demi journées peut être isolée sur le Compte Epargne Temps à la demande de l'agent.

Lorsque les contraintes de service le permettent et à la demande des agents à repos fixe, il est possible de bénéficier de la RTT sous forme de journées de 7H00.

Les jours RTT sont assimilés à des jours de récupération. Ils varient donc en fonction de la quotité de temps travaillé et de la présence effective.

L'organisation mise en œuvre au sein du GIP doit garantir pour tout agent de jour à temps plein présent toute l'année effectuant une durée de travail hebdomadaire de 38H45, la possibilité de récupérer 20 jours ou 40 demi journées (à la demande de l'agent).

La planification des jours RTT est effectuée :

- pour moitié minimum comme la programmation des congés annuels sans pouvoir excéder cinq jours consécutifs par trimestre.
- pour moitié maximum en fonction des contraintes du service et des modalités d'organisation des remplacements.

La règle générale pour les agents à 38H45 est de solder 2 jours RTT par mois hormis les mois de juillet et août. Les jours RTT peuvent être contigus à un repos hebdomadaire, un férié ou une période de congés annuels. Cette règle sur les modes de récupération peut être aménagée au sein de chaque service à condition de respecter le principe de proportionnalité sur un mode trimestriel (5 jours RTT).

### 3.6 TABLEAU DE SERVICE

- *Les règles relatives à la planification*

*mensuelle*

Au sein du GIP et pour chaque secteur de celui-ci, un tableau précisant les horaires attribués aux agents est élaboré pour chaque mois par l'autorité hiérarchique.

Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu au moins, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative et exceptionnelle de fonctionnement du service, à une rectification immédiate du tableau de service établi, et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

De même, lorsque des agents souhaitent modifier le planning qui leur est attribué, l'accord préalable de l'autorité hiérarchique est obligatoirement requis.

Tout agent soumis à un décompte horaire qui ne peut effectuer l'intégralité de son temps de travail quotidien en raison d'une absence autorisée ou justifiée (maladie...) est considéré avoir accompli 7H00 de travail effectif.

Pour les agents à temps partiel, cette durée est réduite selon un barème proportionnel fixé par la note annuelle relative au temps de travail de la Direction des Ressources humaines du Centre hospitalier d'Angoulême.

Dans le cadre d'une journée entière de formation et lorsque celle-ci est prise en charge à 100% sur le temps de travail, le décompte est arrêté à 8H00 que l'agent soit à temps plein ou à temps partiel.

Au plus tard le 8 de chaque mois Le Directeur du GIP transmet à chaque administration le planning réalisé faisant apparaître pour chaque agent le temps réalisé au cours du mois précédent.

La gestion du temps de travail fait l'objet d'un suivi informatisé avec l'outil développé par le Centre Hospitalier d'Angoulême

- *Les règles relatives à la planification des congés annuels et des RTT*

Dans chaque service et conformément aux dispositions du présent règlement relatif à la RTT (point 2.5) et aux congés annuels (point 3.3), les congés annuels et les jours RTT sont planifiés annuellement par les agents.

Le tableau prévisionnel des absences pour congés annuels et RTT est fixé chaque année par l'encadrement du GIP, après consultation des agents intéressés et sous réserve des nécessités de service, au plus tard le 15 décembre de l'année N-1, pour l'ensemble des congés ou jours RTT. Les congés annuels ou jours RTT demandés lors des périodes dites de « petites vacances scolaires » doivent respecter un tour de rôle afin de permettre à chaque agent d'accéder à cette possibilité.

### **3.7 HEURES SUPPLEMENTAIRES**

Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents relevant du régime de décompte horaire peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires dans la limite de 20 heures par mois et par agent. Le dépassement de l'horaire journalier doit rester exceptionnel.

La règle au GIP est la récupération des heures supplémentaires

### **3.8 LA DEMANDE D'EXERCER A TEMPS PARTIEL**

Les agents du GIP peuvent demander l'exercice d'une activité à temps partiel auprès de leur administration d'origine sous couvert du Directeur du GIP.

*Nature de la demande*

#### **- Accordée de plein droit :**

- A l'occasion de chaque naissance et ce jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption (date de l'arrivée de l'enfant dans le foyer). La quotité de temps demandée peut être de 50%, 60%, 70% ou 80%.
- Pour donner des soins à un conjoint, un ascendant ou un descendant dont la situation le justifie (temps partiel à 50%).

Ces dispositions s'appliquent pour le personnel stagiaire, titulaire et contractuel

#### **- Accordée sous réserve des nécessités de service pour les autres cas :**

Ces dispositions s'appliquent au personnel titulaire, stagiaire et contractuel de plus d'un an.

*Modalités de la demande*

La demande d'exercer à temps partiel ou de renouvellement est adressée à l'administration d'origine avec avis préalable du directeur du GIP. Dans le cas d'un renouvellement, la demande doit être exprimée deux mois avant l'expiration de la période en cours selon la même procédure. L'autorisation de travailler à temps partiel est accordée pour des périodes comprises entre six mois et un an. En cas de refus, la CAP correspondante peut être saisie conformément à la réglementation en vigueur.

*Les modalités de réalisation du temps partiel*

Les modalités de réalisation du temps partiel font l'objet d'un accord préalable entre le responsable du service et l'agent demandeur. Ces modalités peuvent être revues à chaque renouvellement du temps partiel. Les journées les plus fortement demandées (notamment le mercredi sont partagées équitablement entre les agents qu'ils soient ou non à temps partiel)

## **CHAPITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONGES ANNUELS ET AUX JOURS FERIES.**

### **4.1 DUREE DES CONGES ANNUELS.**

Les agents du GIP ont droit pour une année de service accompli du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, à un congé annuel d'une durée égale à cinq fois leurs obligations hebdomadaires de service.

Les congés de maternité, de maladie ordinaire, accidents du travail sont considérés, pour l'application de ces dispositions, comme service accompli.

## 4.2 DECOMPTE ET TYPOLOGIE DES CONGES ANNUELS

### 4.2.1 La durée des congés annuels

Cette durée est calculée sur une base de 28 jours ouvrés (dont 2 jours de récupération prévus dans le dernier alinéa de ce paragraphe) pour l'exercice de fonctions à temps plein intégrant le jour de fractionnement (les samedis, dimanches et jours fériés ne sont pas comptés). Cette durée est proportionnelle aux obligations de service pour les agents qui exercent leurs fonctions à temps partiel selon le barème fixé par la note de la DRH du Centre Hospitalier d'Angoulême.

Les agents hors emplois aidés et emplois d'été arrivant ou quittant l'établissement en cours d'année ont droit à 2 jours  $\frac{1}{4}$  par mois de présence ou fraction de mois supérieure à 15 jours soit :

1 mois :	2 jours $\frac{1}{4}$	7 mois :	16 jours $\frac{1}{4}$
2 mois :	4 jours $\frac{1}{2}$	8 mois :	18 jours $\frac{1}{2}$
3 mois :	7 jours	9 mois :	21 jours
4 mois :	9 jours $\frac{1}{4}$	10 mois :	23 jours $\frac{1}{4}$
5 mois :	11 jours $\frac{1}{2}$	11 mois :	25 jours $\frac{1}{2}$
6 mois :	14 jours	12 mois :	28 jours

Les agents qui n'exercent pas leurs fonctions pendant la totalité de la période de référence indiquée précédemment ont droit à un congé annuel d'une durée de deux jours ouvrés  $\frac{1}{4}$  par mois ou fraction de mois supérieure à quinze jours écoulés depuis l'entrée en fonctions.

La durée du congé est calculée du premier au dernier jour, déduction faite des repos hebdomadaires et des jours fériés.

Un agent dont le congé annuel se termine la veille de son repos hebdomadaire bénéficie de ce dernier.

Aucune fraction de congé annuel ne doit avoir une durée supérieure à trente et un jours consécutifs.

Les agents stagiaires, titulaires ou contractuels de droit public (hors emplois d'été) bénéficient en respect de la durée annuelle du temps de travail comme fixée par le 2.1 d'une récupération à hauteur de deux jours maximum de statut équivalent aux congés annuels.

### 4.2.2 Les congés « hors saison »

Les congés hors saison sont attribués au personnel titulaire, stagiaire et contractuel hors emplois aidés.

. 1 à 2 jours « hors saison » sont attribués si les agents ont pris des congés annuels en dehors de la période du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre selon les modalités suivantes :

\* Les agents ayant pris au moins six jours en dehors de cette période bénéficient de 2 jours supplémentaires.

\* Les agents ayant pris trois, quatre ou cinq jours en dehors de cette période bénéficient d'1 jour supplémentaire.

Les congés hors saison doivent être pris en dehors de la période du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre et au plus tard le 30 avril de l'année suivante.

#### **4.2.3 Les congés bonifiés**

Les agents titulaires ou stagiaires ayant leur résidence habituelle dans un département d'outre-mer (DOM) ou à Saint Pierre et Miquelon peuvent bénéficier de congés bonifiés selon les conditions fixées par la Direction des Ressources Humaines de chaque administration d'origine.

#### **4.2.4 Congés bloqués**

Les agents titulaires ou stagiaires originaires de Corse ou d'un territoire d'outre-mer (TOM) peuvent bénéficier tous les deux ans sous réserve des nécessités de service d'un congé bloqué (cumul du congé de deux années) pour se rendre dans leur département ou territoire d'origine.

### **4.3 ATTRIBUTION DES CONGES ANNUELS**

Tout départ en congé doit faire l'objet d'une demande écrite (bon de congé normalisé), validé par l'autorité hiérarchique

#### **4.3.1 Modalités pour le personnel stagiaire et titulaire**

Le GIP favorisera la prise de trois semaines de congés annuels consécutives durant la période estivale pour les agents titulaires et stagiaires qui le souhaitent, sauf contrainte impérative de fonctionnement du service.

La période estivale est comprise entre le 15 juin et le 15 septembre.

Le congé dû pour une année de service accompli ne peut se reporter sur l'année suivante, sauf autorisation exceptionnelle accordée par le directeur. Les congés non pris au titre d'une année de service accompli peuvent alimenter à la demande de l'agent, un compte épargne temps.

Un congé non pris ne donne lieu à aucune indemnité compensatrice. Les congés annuels des agents quittant définitivement leur établissement doivent être pris avant la date prévue pour la cessation des fonctions.

#### **4.3.2 Modalités pour le personnel contractuel**

Les congés annuels dus doivent être pris avant le terme du contrat en cours. Aucune indemnité compensatrice des congés non pris ne peut être payée.

Les agents présents dans l'établissement depuis plus d'un an peuvent programmer leurs congés annuels sur l'année. Cependant, ils ne peuvent prendre plus de jours que leur période de présence ne leur en ouvre droit (exemple au mois de mars, le droit ouvert n'est que de 6 jours, il n'est pas possible de prendre une période de congé d'une durée supérieure).

#### 4.4 JOURS FERIES

Les jours fériés accordés sont les fêtes désignées comme telles par la loi.

**Lorsque le jour férié coïncide avec un jour de repos hebdomadaire, une compensation des jours fériés est accordée aux agents travaillant en repos variable.**

Aucune compensation n'est accordée lorsque les repos hebdomadaires interviennent à dates fixes incluant le samedi et le dimanche.

Lorsque les repos hebdomadaires interviennent à dates fixes, mais ne comprennent pas simultanément le samedi et le dimanche, la compensation est accordée, quand le jour férié coïncide avec le jour ouvré.

### CHAPITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTORISATIONS D'ABSENCES ET AUX FACILITES DE SERVICE

#### 5.1 DISPOSITIONS GENERALES

Les autorisations d'absence n'entrent pas dans le cumul des congés annuels. Pour la fonction publique hospitalière, elles ne rentrent pas dans le décompte de la prime de service.

Dans tous les cas, il s'agit de demandes d'autorisations d'absence et non pas d'un droit à autorisation d'absence. Elles restent soumises aux nécessités de service. Elles doivent faire l'objet d'une demande écrite sur un titre individuel accompagnée des pièces justificatives.

Ce titre doit être signé de l'agent et de l'autorité hiérarchique, puis transmis à la Direction des ressources Humaines de chaque administration. En cas d'urgence la demande doit être faite par téléphone à l'autorité hiérarchique, puis régularisée comme indiqué ci-dessus.

Hors les cas d'urgences, Il est souhaitable, pour que le circuit soit respecté que les demandes d'autorisation d'absence soient établies 5 jours avant la date prévue de l'absence.

Ces autorisations doivent être prises au moment de l'événement, elles ne peuvent être ni reportées ni déduites si l'événement survient au cours d'une période de congé annuel, maladie, maternité, ou accident du travail.

#### 5.2 TYPOLOGIE DES AUTORISATIONS D'ABSENCE ET FACILITES

##### 5.2.1 Autorisations d'absence pour événements familiaux

Elles peuvent être accordées à tous les agents titulaires, stagiaires ou contractuels de droit public justifiant de plus de 6 mois de présence dans l'établissement.

- Mariage ou Pacte civil de solidarité de l'agent : 5 jours ouvrables
- Décès ou maladie très grave du conjoint, enfant, père, mère, beau-père ou belle-mère : 3

jours ouvrables

- Mariage d'un enfant : 1 jour ouvrable
- Décès d'un parent allié au 2ème degré (grand-père, grand-mère, frère, sœur, beau-frère, belle-soeur) : 1 jour ouvrable.

En cas de décès, un délai de un jour est accordé lorsque l'enterrement se situe à plus de 100 km. Il est porté à deux jours lorsqu'il se situe à plus de 300 km.

Pour la naissance ou l'adoption d'un enfant, l'agent masculin ayant reconnu l'enfant a droit à 3 jours ouvrables (consécutifs ou non) à prendre dans une période de 15 jours après la naissance. Ce droit est cumulable avec le congé de paternité (cf point V 5.4.2).

Les agents contractuels de droit public ayant moins de 6 mois de présence peuvent prétendre à 1 jour en cas de décès (du conjoint, enfant, père, mère beau père ou belle mère) et trois jours en cas de naissance.

### **5.2.2 Autorisation d'absence pour soigner un enfant**

Ces autorisations d'absence peuvent être accordées à tout agent (titulaire, stagiaire ou contractuel de droit public justifiant de plus de six mois de présence) parent d'un enfant ou ayant la garde légale d'un enfant dans la limite de six jours par an fractionnables (y compris en demi-journée) ou huit jours consécutifs (quelque soit le nombre d'enfant au sein du foyer). L'âge limite des enfants objets de la demande est de 16 ans sauf enfant handicapé.

Un agent pourra bénéficier de 12 jours fractionnés ou de 15 jours consécutifs s'il apporte la preuve :

- soit qu'il assure seul la charge de l'enfant,
- soit que son conjoint est à la recherche d'un emploi sur justificatif ANPE),
- soit que son conjoint ne bénéficie, de par son emploi, d'aucune autorisation d'absence rémunérée pour soigner son enfant (attestation de l'employeur).

Dans l'hypothèse où le conjoint peut bénéficier d'une autorisation d'absence pour une durée inférieure à six jours, l'agent pourra prétendre à six jours plus la différence (six jours moins le droit du conjoint).

Pour les agents à temps partiel, toutes les autorisations sont calculées comme les congés, au prorata temporis.

Dans des cas exceptionnels, la limite de 8 ou 15 jours peut être portée à 15 ou 28 jours, les jours supplémentaires étant imputés sur les congés annuels, au-delà les agents peuvent bénéficier d'une disponibilité de courte durée ou du congé de présence parentale prévu par la loi du 23 décembre 2000.

Le décompte des jours octroyés se fait par année civile sans aucun report d'une année sur l'autre.

Les agents contractuels justifiant de moins de 6 mois de présence peuvent prétendre à 1/2journée par mois de présence qui peut être portée à 1 journée s'il remplit l'une des trois conditions ci-dessus.

### **5.2.3 Autorisation d'absence pendant la grossesse**

Les femmes enceintes peuvent bénéficier à partir du début du 3ème mois de grossesse d'un aménagement de leur temps de travail aux heures d'arrivée et de départ, dans la limite d'une heure par jour non récupérable et non cumulable (au prorata du temps travaillé pour les agents exerçant leur fonction à temps partiel).

#### **5.2.4 Autorisation d'absence pour la rentrée scolaire**

Une autorisation d'absence d'une heure peut être accordée aux agents pour la rentrée scolaire de leurs enfants jusqu'à l'entrée en 6<sup>ème</sup> selon des modalités fixées chaque année par une note de chaque Direction des Ressources Humaines.

#### **5.2.5 Autorisations d'absence pour assurer des fonctions ou mandats syndicaux**

Ces autorisations sont données aux représentants du personnel qui à un ou plusieurs titres sont mandatés par une organisation syndicale de l'administration d'origine.

Les représentants des organisations syndicales désignés bénéficient pour l'exercice de leur activité d'autorisations spéciales d'absence :

- 10 jours pour participer aux congrès nationaux,
- 20 jours pour les congrès internationaux ou les réunions des organismes directeurs des organisations syndicales.

D'autres autorisations d'absence pour participer à un congrès régional départemental ou local, pour participer aux travaux de la section syndicale, pour exercer un mandat syndical, peuvent être accordées au prorata du crédit d'heures attribué à chaque organisation syndicale en début d'année.

Des autorisations d'absence peuvent être accordées :

- pour les membres des mutuelles et des comités d'actions sociales dûment mandatés pour participer aux réunions des organismes directeurs dont ils sont membres,
- pour les membres des assemblées délibérantes de chaque administration (CTE, CTP, CAP, CHSCT, CME, CA).

#### **5.2.6 Les autorisations d'absence diverses**

Des autorisations d'absence peuvent être accordées aux agents servant comme pompiers volontaires.

Des autorisations d'absences peuvent être accordées aux agents pour se présenter à des concours régionaux internes ou externes, dans la limite de 2 jours maximum par an sous réserve de la production de la convocation. Cette facilité est valable de plein droit la veille du jour de l'examen.

#### **5.2.7 Les facilités de service**

- Facilités de service pour une candidature à une fonction publique élective

Les candidats à une fonction publique élective peuvent bénéficier, sous réserve des nécessités de service, de facilités de service dans la limite maximale de :

- 20 jours pour les élections présidentielle, législative, sénatoriale ou européenne,
- 10 jours pour les élections régionale, cantonale et municipale.

Ces facilités de service sont imputées soit sur les droits à congés annuels soit sur la balance de l'agent. Au delà de cette durée maximale, les candidats peuvent demander à être placés en position de disponibilité pour convenances personnelles (titulaires) ou en congé non rémunéré (stagiaires et contractuels).

- Facilités de service pour une fonction publique élective.

Une note de la DRH fixant le régime des facilités de service pour l'exercice de fonctions publiques électives est applicable à l'ensemble des personnels du GIP »

b) *CHAPITRE VI DISPOSITIONS RELATIVES AU SUIVI MEDICAL, AUX ACCIDENTS DE TRAVAIL, AUX ARRETS MALADIE ET AUX CONGES MATERNITE*

## **6.1 LE SUIVI MEDICAL ANNUEL**

Chaque année le médecin du travail du CCAS et celui du centre Hospitalier d'Angoulême programme une visite médicale complétée le cas échéant par des examens complémentaires. Les agents sont tenus de se soumettre à cette visite et à ces examens. Les médecins du travail du CCAS et du CHA peuvent avoir un droit de regard sur les conditions de travail du personnel affecté au GIP.

## **6.2 LES CONGES DE MALADIE ET LE MI TEMPS THERAPEUTIQUE**

Les différents congés accordés pour maladie sont :

- le congé de maladie ordinaire
- le congé de longue maladie
- le congé de longue durée

Les règles d'attribution de ces congés peuvent différer selon le statut de l'agent (titulaire, stagiaire, contractuel de droit public ou privé).

### **6.2.1 Le congé de maladie ordinaire.**

Tout arrêt maladie doit être signalée le plus rapidement possible au cadre ou responsable de service, puis justifié dans les 48H00 par un certificat médical.

### **6.2.2 Le congé de longue maladie.**

Le droit à congé de longue maladie est ouvert à tous les agents titulaires et stagiaires selon les conditions réglementaires en vigueur pour chacune des deux fonctions publiques

### **6.2.3 Congé de longue durée.**

Le droit à congé de longue durée est ouvert à tous les agents titulaires et stagiaires selon les conditions réglementaires en vigueur pour les deux fonctions publiques.

### **6.2.4 Le mi-temps thérapeutique.**

Le mi-temps thérapeutique peut être accordé soit à l'issue d'un congé longue maladie ou congé longue durée soit après un accident de service ou une maladie professionnelle

Le mi-temps thérapeutique après congé longue maladie ou longue durée est accordé sous réserve de l'avis favorable du Comité Médical. Il vise à favoriser soit l'amélioration de l'état de santé de l'agent soit sa rééducation ou sa réadaptation professionnelle. Dans ce cas, la durée maximale de la reprise du travail à temps partiel est de un an pour toute la carrière ouvrant droit à congé longue maladie ou congé longue durée.

Le mi-temps thérapeutique après accident de service ou maladie professionnelle est accordé sur avis de la Commission de Réforme. La reprise du travail à temps partiel est accordée par période de six mois maximum, soit pour favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé, soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Les agents bénéficiaires du mi-temps thérapeutique conservent, pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à temps partiel, l'intégralité de leur traitement.

#### **6.2.5. La prévention de l'alcoolisme**

La consommation d'alcool et de tout produit stupéfiant sur un poste de travail est interdite au GIP

En cas d'état d'ébriété avéré, un agent doit être invité à se présenter immédiatement :

- Au près du médecin du travail du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures ouvrables de ce service
- Au près du service d'accueil urgences dans les autres cas

### **6.3 ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE**

Tout agent du GIP a droit à un congé spécifique en cas d'accident de travail, de trajet ou de maladie professionnelle.

Tout accident du travail ou de trajet doit faire l'objet d'une déclaration dans un délai maximum de 24 heures. Les accidents de trajet ne peuvent être pris en compte que dans la mesure où ils correspondent aux heures d'arrivée ou de départ prévues pour le poste de travail.

Cette déclaration, transmise à la Direction des Ressources Humaines de l'administration d'origine, doit impérativement comporter :

- l'imprimé de déclaration d'accident du travail dûment complété et signé par le supérieur hiérarchique de l'agent
- un certificat médical

Le certificat médical et le dossier constitué sur l'accident sont soumis à la Commission de Réforme compétente pour apprécier si l'accident est imputable ou non au service.

### **6.4 LE CONGE MATERNITE ET LE CONGE DE PATERNITE**

#### **6.4.1 Le congé de maternité**

Les règles de ce congé sont celles prévues par les dispositions réglementaires des deux administrations d'origine

#### 6.4.2 Le congé de paternité

Ce congé est attribué au personnel masculin titulaire, stagiaire ou contractuel de droit public ou privé en une seule fois pour une période maximale de 11 jours consécutifs non fractionnables ou 18 jours consécutifs et non fractionnables en cas de naissance multiple.

Le congé de paternité doit être pris dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant. La demande doit être formulée au moins un mois avant le début du congé.

#### 6.5 DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONGES MALADIE, MATERNITE ET ACCIDENT DU TRAVAIL

Les agents sont tenus de se soumettre aux examens médicaux éventuels ou contrôles administratifs demandés par leur administration d'origine.

Un agent ne peut reprendre son poste de travail qu'après examen par le médecin du travail. Cette visite de reprise est obligatoire :

- après une absence pour cause de maladie professionnelle, d'accident du travail ou de maternité et ce quelle qu'en soit la durée ;
- après une absence de 3 semaines au moins pour la maladie non professionnelle (maladie ordinaire, congé longue maladie, congé maternité)

<b>ANNEXE 1</b>
<b>Au Règlement Intérieur</b>
<b>du Personnel</b>

#### COMPOSITION DU COMITÉ CONSULTATIF DU GIP

Résultats aux élections professionnelles

	<b>Ville et CCAS</b> <i>(scrutin du 8-11-2001)</i>	<b>Centre Hospitalier</b> <i>(scrutin du 21-10-2003)</i>	<b>TOTAL</b>
<b>CGT</b>	309 (39,5%)	533 (54,3%)	842 (47,76%)
<b>CFDT</b>	403 (51,5%)	334 (34%)	737 (41,8%)
<b>FO</b>	70 (9%)	114 (11,7%)	184 (10,44%)
	<b>782 exprimés</b>	<b>981 exprimés</b>	<b>1763</b>

Répartition des 6 représentants du personnel au Comité Consultatif :

CGT : 2,87 postes

CFDT : 2,5 postes

FO : 0,63 postes

Compte tenu de la volonté du Conseil d'Administration de ne pas exclure de composante syndicale, il est convenu d'arrondir ces chiffres de la manière suivante :

CGT : 3 postes

CFDT : 2 postes

FO : 1 poste