

**E H E S P**

Ecole des hautes études  
en santé publique

---

**Filière des Élèves Directeurs d'Hôpital**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**L'AVENIR DE LA RESTAURATION AU CH DE TOUL**  
**Une troisième voie entre le faire et le faire-faire?**

---

**Katia SEWASTIANOW**

---

**A v e r t i s s e m e n t**  
**M é m o i r e**  
**U n i v e r s i t a i r e**

---

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation, un diplôme de 3ème cycle.

Le mémoire universitaire réalisé dans ce cadre est présenté devant le jury de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, accompagné d'une note mettant en perspective l'apport de l'étude réalisée pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme suivant :

Intitulé du diplôme : Master Gestion de projet, spécialité logistique

Responsable du diplôme : Julien HUSSON

À l'Université de : METZ

(Institut d'administration des entreprises en partenariat avec l'Ecole nationale des ingénieurs de Metz)

Année universitaire: 2008 – 2009

Ce mémoire a été encadré par

Julien HUSSON, Maître de Conférences, Université de METZ

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tous ceux qui ont collaboré, à un titre ou à un autre, à l'élaboration de ce mémoire et, plus particulièrement, les personnes suivantes :

Monsieur Dominique BERTRAND, Professeur des universités (Paris VII) et praticien hospitalier (APHP), président du conseil national de la formation médicale continue des médecins hospitaliers et dernier directeur de l'ENSP qui m'a initié aux fondamentaux de la santé publique, en général, et à l'économie de la santé, plus particulièrement, à l'occasion de ses interventions à la faculté de droit de l'Université de Metz et qui m'a surtout conforté dans mon choix d'exercer le métier de directeur d'hôpital ;

Monsieur Wilfrid STRAUSS, mon maître de stage, directeur du CH de Charleville Mézières, et directeur par intérim du CH de Toul, pour la vision du métier de directeur d'hôpital qu'il m'a transmise ;

Monsieur Julien HUSSON, Maître de conférences des universités et responsable du master Gestion de projets, spécialité logistique dispensé conjointement par l'IAE et l'ENIM de l'Université de Metz, pour son initiation à l'analyse de valeur ainsi que pour ses conseils éclairés dans le cadre de l'encadrement de ce mémoire ;

Monsieur Eric COMMELIN, directeur du cabinet EC6 et Monsieur Didier GIRARD, président de l'UDIHR pour les nombreux documents qu'ils ont accepté de me fournir en matière de restauration hospitalière.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Diagnostic de la fonction restauration au CH de Toul.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Une prestation restauration jugée satisfaisante dans l'ensemble mais insuffisante au plan nutritionnel .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Une satisfaction variable en fonction des consommateurs.....	9
1.1.2 Des carences en matière nutritionnelle communes aux clients et résidents .....	11
<b>1.2 Une qualification et une productivité des agents insuffisantes.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Une qualification insuffisante des agents de restauration.....	13
1.2.2 Une productivité potentiellement améliorabile .....	14
<b>1.3 Des produits alimentaires parfois inadaptés aux besoins des patients .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Des équipements de cuisine en majorité obsolètes.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5 Une organisation du travail à optimiser .....</b>	<b>18</b>
1.5.1 Une organisation du travail non optimale.....	18
1.5.2 Des non conformités aux bonnes pratiques à surveiller .....	19
<b>1.6 Des coûts de fonctionnement dans la moyenne des établissements de même catégorie.....</b>	<b>20</b>
1.6.1 Coûts des ressources humaines.....	20
1.6.2 Coût d'achat des matières premières .....	20
1.6.3 Frais de fonctionnement (en € TTC) .....	20
1.6.4 Détermination du compte d'exploitation de la cuisine CH TOUL .....	21
<b>1.7 Des locaux vétustes .....</b>	<b>22</b>
<b>2 Le traditionnel dilemme entre le faire et le faire faire .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 L'avantage du faire en ce qui concerne l'offre alimentaire et la prise en charge hôtelière .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 L'avantage relatif du faire-faire s'agissant de la main d'œuvre .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Avantage au faire-faire concernant le niveau d'équipement.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4 Avantage au faire-faire en matière d'organisation du travail .....</b>	<b>32</b>

2.5	<b>L'équivalence des solutions d'infrastructures en matière de faire et de faire-faire : l'épineuse question du positionnement des cuisines (centrale ou relais).....</b>	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>Le dépassement du dilemme ou la troisième voie explorée par le CH de TOUL .....</b>	<b>37</b>
3.1	<b>Présentation du concept de l'hôtellerie hospitalière .....</b>	<b>37</b>
3.1.1	L'hôtellerie hospitalière et l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle.....	38
3.1.2	L'hôtellerie hospitalière et la professionnalisation de la main d'œuvre.....	39
3.1.3	L'hôtellerie hospitalière et l'externalisation de la production pour un meilleur service.....	41
3.1.4	L'hôtellerie hospitalière et l'adaptation des équipements : de la cuisine centrale vers la cuisine de proximité .....	41
3.1.5	L'hôtellerie hospitalière et la nouvelle organisation du travail : les transferts de tâches vers les cuisiniers et le recentrage des soignants sur leur cœur de métier .....	42
3.1.6	L'hôtellerie hospitalière et son insertion au sein même des services de soin : les cuisines de proximité .....	43
3.1.7	L'hôtellerie hospitalière et la nouvelle répartition des dépenses de restauration: une économie garantie ?.....	44
3.2	<b>Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du concept d'hôtellerie hospitalière et les solutions apportées par le CH de TOUL .....</b>	<b>45</b>
3.2.1	La troisième voie et la forte résistance au changement .....	45
3.2.2	L'appel aux outils de l'analyse de valeur : la solution médiane .....	50
	<b>Conclusion .....</b>	<b>61</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>69</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

APHM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille  
AS : Aide soignant(e)  
ASH : Agent des services hospitaliers  
CH : centre hospitalier  
CHU : centre Hospitalier universitaire  
CLAN : Comité de liaison alimentation nutrition  
CPN : Centre psychothérapique de Nancy  
DLC : date limite de consommation  
DMS : durée moyenne de séjour  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique  
GEMRCN : Groupe d'étude des marchés restauration collective et nutrition  
GVT : glissement vieillesse technicité  
HACCP: hazard analysis critical control point  
HDJ : hôpital de jour  
HCL : hospices civils de Lyon  
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique  
MEAH : Mission d'expertise et d'audit hospitaliers  
Nb. : nombre  
p. : page  
pp. : pages  
St : Saint  
T2A : tarification à l'activité  
TIAC : toxi-infection alimentaire collective  
UCPA : unité centrale de production alimentaire  
UDIHR : Union des ingénieurs hospitaliers en restauration

## Introduction

« Sur une échelle qualitative, l'hôpital<sup>1</sup> se situe encore probablement, dans les représentations collectives, quelque part au voisinage de la caserne, la prison représentant l'échelon immédiatement inférieur »<sup>2</sup>. Cette citation illustre parfaitement le sentiment partagé par une majorité de la population en ce qui concerne la restauration collective, en général, et la restauration hospitalière, en particulier. Cette situation qui renvoie à l'idée que la nourriture, « ce n'est pas le plus important à l'hôpital » a des origines anciennes. L'histoire de l'alimentation à l'hôpital peut ainsi se décomposer en trois phases principales.

Tout d'abord, la période la plus longue (du Moyen Age à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle), correspond à une alimentation spirituelle, envisagée comme un don. Dans cette conception religieuse, le repas constitue la principale cérémonie de la journée.

Vient ensuite la seconde phase, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle dite d' « intrusion médicale » dans l'alimentation du fait de sa valeur préventive (la diététique) et thérapeutique (la diète). À cette époque, les diètes pouvaient être très restrictives et conduire les patients vers la mort du fait de l'absence de toute nourriture solide comme liquide. Les médecins craignaient en effet « l'excitation produite par la digestion » et voulaient éviter de « surcharger les humeurs et d'augmenter la masse sanguine »<sup>3</sup>. Cette situation amenait les malades à acheter ou à voler de la nourriture à leurs voisins, à tenter d'en extorquer au personnel voire à s'échapper pour aller mendier leur pain à l'extérieur. Il convient de préciser qu'à cette même époque, l'alimentation est différenciée selon les catégories de personnel, selon les patients et selon le sexe<sup>4</sup>. Ainsi, à titre d'illustration, le personnel, classé en trois catégories<sup>5</sup>, voit sa ration (de viande, de vin et de pain) doublée selon qu'il se situe dans la première ou la troisième catégorie<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Au plan de sa restauration

<sup>2</sup> NARDIN A., « L'hôpital face à la question de l'alimentation, » Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 33 et s.

<sup>3</sup>, BOUSIGUES J.-Y., FREXINOS J., « Un chirurgien diététicien au XVIII<sup>e</sup> siècle », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 38 et s.

<sup>4</sup> On distingue les malades à la diète absolue, ceux à la diète simple ou au bouillon, les malades au potage et enfin les malades aux régimes. Selon que l'on se situe dans la première ou la quatrième catégorie, les rations caloriques quotidiennes varient de 1800 kcal pour les hommes et 1500 kcal pour les femmes à respectivement 2500 et 2200 kcal.

<sup>5</sup> La 1<sup>ère</sup> catégorie regroupe les internes, les maîtresses sages-femmes, les employés ; la seconde catégorie comprend les surveillantes, laïques ou religieuses ; la troisième et dernière catégorie est constituée notamment des infirmiers, garçons de pharmacie et des domestiques des services généraux.

<sup>6</sup> FREXINOS J., « L'alimentation dans les hospices civils de Toulouse au début du XIX<sup>e</sup> siècle », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 53, et s.

La dernière étape, au début du XX<sup>e</sup> siècle, correspond au passage de l'alimentation à la nutrition « scientifique et hygiénique »<sup>7</sup> : il s'agit d'adapter les régimes alimentaires à la pathologie des patients (régime des diabétiques, des tuberculeux, des convalescents...). Jusqu'à cette période, l'alimentation constitue le premier poste de dépenses d'un hôpital dans la mesure où elle peut représenter 40% à 60% du budget d'un établissement de santé. La part des frais de personnel est réduite (moins de 10%) car le personnel congréganiste n'est pas rémunéré et le volume des frais médicaux et de pharmacie semble bien dérisoire par rapport à aujourd'hui<sup>8</sup>. À titre d'illustration, le compte des dépenses de l'hôtel-Dieu de Marseille en 1825 fait état de frais de fournitures alimentaires (pain, vin, comestible, viande) pour un montant de 113 511 francs soit 58% du budget de l'établissement<sup>9</sup>!

Pour résumer, l'alimentation a longtemps été réduite à des critères de quantité et de fonctionnalité ou résumée à ses seules valeurs nutritionnelles ou d'hygiène. Elle a ainsi été trop longtemps considérée comme une fonction accessoire et subalterne à l'hôpital alors même que « la restauration des malades hospitalisés est un élément du service public hospitalier »<sup>10</sup>. La question de la restauration a surtout été appréhendée sous l'angle de la gestion des risques<sup>11</sup> et de la sécurité alimentaire ces dernières années<sup>12</sup> dans la mesure où la majorité des TIAC<sup>13</sup> résulte de manquements aux règles d'hygiène au sens large. La plupart des établissements de santé ont été amenés à restructurer leurs cuisines afin de répondre aux nouvelles normes d'hygiène<sup>14</sup>, en développant en particulier la méthode « hazard analysis critical control point » (HACCP)<sup>15</sup>.

---

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> REGENT L., « Histoire de l'alimentation dans les hôpitaux de Rouen, du Moyen Age à la veille de la seconde guerre mondiale », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 44 et s.

<sup>9</sup> BAILLE Y., « L'alimentation à l'hôtel-Dieu de Marseille au début du XIX<sup>e</sup> siècle », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 50 et s.

<sup>10</sup> CE 16 janvier 1995, centre hospitalier général de Grasse c/ M. X., consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>11</sup> MARCATEL T., « Application de la gestion des risques en restauration collective hospitalière », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 29-31.

<sup>12</sup> COSSON C., *Sécurité et vigilance alimentaire à l'hôpital*, Editions ENSP, 2002 ; du même auteur, « Garantir la sécurité alimentaire, une exigence absolue à l'hôpital », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 32-38.

<sup>13</sup> Les toxi-infections alimentaires collectives touchent 5 à 10% des patients chaque année soit 600 000 à 1,1 million de cas dont environ 10 000 mortels, COSSON C., « Garantir la sécurité alimentaire, une exigence absolue à l'hôpital », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 32-38.

<sup>14</sup> Règlement 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, Arrêté du 29 septembre 97 relatif aux conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social

<sup>15</sup> <http://www.haccp-guide.fr/>

La prise en considération des aspects de l'alimentation liés à l'affectivité, au plaisir est récente. Elle est notamment essentielle dans certaines circonstances exceptionnelles où la valeur nutritionnelle des aliments n'a plus de sens, par exemple pour de personnes en fin de vie, dans le cadre des derniers jours qui précèdent la mort<sup>16</sup>. D'une manière plus générale, il convient de préciser que la fonction restauration a une valeur symbolique essentielle et qu'elle participe étroitement à la qualité du séjour ressentie par le patient. En effet, tant il est délicat pour un malade d'apporter un jugement objectif sur les soins techniques qui lui sont dispensés, tant il lui est aisé, à l'inverse, d'évaluer la qualité des repas servis. De fait, la nourriture sert de réceptacle et cristallise souvent l'ensemble des mécontentements liés au séjour. Au-delà, il n'est pas exclu de penser que la restauration peut, à l'avenir, devenir un critère de choix d'un lieu d'hospitalisation. Cela conforte les hôpitaux dans l'impérieuse nécessité de soigner leur image de marque. En d'autres termes, si l'hygiène et la sécurité des aliments constituent un minimum requis pour l'ensemble des établissements, une restauration de qualité devient un avantage concurrentiel pour les plus performants.

L'intérêt porté à la fonction restauration est également lié à son poids financier au sein des budgets des établissements de santé et au souci d'optimiser les coûts logistiques dans un contexte de tarification à l'activité afin qu'ils pèsent le moins possible sur le coût de la prise en charge. Globalement, les prestations d'hôtellerie représentent environ 25% du budget d'un établissement de santé, elles participent pour 30% à la réputation des établissements et contribuent à hauteur de 70% à la qualité de vie, en milieu hospitalier des patients et de leurs proches<sup>17</sup>. Plus précisément, le marché de la restauration collective en court séjour représente plus de 2,5 milliards d'euros répartis entre les établissements publics (1,8 milliard d'euros dont 10% de sous-traitance) et privés (0,70 milliard d'euros dont 63% de sous-traitance)<sup>18</sup>. Près d'un milliard de repas sont servis en milieu hospitalier chaque année<sup>19</sup>. Le poids économique de la restauration hospitalière est donc considérable notamment au regard des effectifs (elle emploie plus de 26 000 agents soit 3% des effectifs hospitaliers) et de la part du budget qui y est consacré (entre 4,5% et 6% du budget des établissements de santé)<sup>20</sup>.

---

<sup>16</sup> UDIHR, *Cuisiner le plaisir, Guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé*, Presses de l'EHESP, 2007, 87 pages.

<sup>17</sup> Le coût de la journée alimentaire est en moyenne de 4 euros. Il s'agit du budget moyen consacré aux denrées par patient et par jour, cité par BANCA, B., « Restauration hospitalière : les recettes du succès », *Décision Santé*, Janvier 2007, pp. 18 et s.

<sup>18</sup> BANCA, B., « Restauration hospitalière : les recettes du succès », *Décision Santé*, Janvier 2007, pp. 18 et s.

<sup>19</sup> Dont 438 millions pour le secteur public, cité par COSSON C., *Sécurité et vigilance alimentaire à l'hôpital*, Editions ENSP, 2002, 274 pages.

<sup>20</sup> COSSON C., *Sécurité et vigilance alimentaire à l'hôpital*, Editions ENSP, 2002, p. 274 sur pages.

Or, en dépit des sommes considérables investies, force est de dresser le constat alarmant suivant : « Plus de 40% des adultes hospitalisés, 20% des enfants et 60% des sujets âgés<sup>21</sup> sont dénutris ou à risque de dénutrition, soit dès l'admission, soit le plus souvent, après un séjour hospitalier plus ou moins long »<sup>22</sup>. La situation en Europe n'est guère plus réjouissante au vu des résultats de l'enquête de la journée européenne 2008 de la nutrition. Les raisons de cette dénutrition sont variées et peuvent être liées à la perte d'appétit, aux nausées, aux difficultés pour mâcher et déglutir. La longueur excessive du jeûne nocturne et le manque de temps des professionnels sont également invoqués. Globalement, les facteurs logistiques et organisationnels peuvent certes expliquer plus de 50% des sous-consommations alimentaires lors d'une hospitalisation mais « trop souvent, les médecins ne considèrent pas les repas comme une priorité », selon Dominique TALANDIER, chargé de projet à la MEAH<sup>23</sup>. Or, rappelant des écrits de Florence Nightingale datant du milieu du siècle dernier<sup>24</sup>, Messieurs ZAZZO et RICOUR rappellent que « l'alimentation est un soin comme un autre ». Au surplus, la dénutrition a également des incidences économiques. Depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), la prise en charge de la dénutrition est un acte codé, source de recettes supplémentaires pour les établissements qui améliorent la prise alimentaire de leurs malades. À côté des facteurs d'ores et déjà connus qui influent sur l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) comme la précarité et l'isolement, les experts de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ont identifié des facteurs émergents qui influencent la durée moyenne de séjour (DMS). Parmi ces causes figurent la prévention, l'éducation thérapeutique et surtout la dénutrition, en particulier chez les personnes âgées<sup>25</sup>. La dénutrition augmente les complications, les infections nosocomiales, les durées d'hospitalisation et, in fine, les coûts pour la santé publique.<sup>26</sup>

---

<sup>21</sup> La proportion peut même atteindre 70% en long séjour dans certains établissements, Cf sur région de Clermont-Ferrand, Professeur LESOURD B., *Alimentation et nutrition en établissement de santé ou d'hébergement*, Edition ENSP, 2005.

<sup>22</sup> MEAH, *Organisation de la fonction restauration à l'hôpital, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, décembre 2006, p.6.

<sup>23</sup> Rappelons que la MEAH a débuté son chantier sur la restauration en 2004 et qu'à ce jour, 35 actions organisationnelles ont été mises en oeuvre comme l'externalisation de la fonction restauration à l'Institut Gustave Roussy (Villejuif), la création d'un CLAN au centre de rééducation de Kerpape (Ploemeur, Morbihan), la proposition d'un menu spécifique au CH du Vexin (Magny-en-Vexin, Val d'Oise) ou encore des modifications d'horaires de repas des patients (CHS de Lorquin), l'organisation de séances de dégustation, le recours à un prestataire extérieur...

<sup>24</sup> « ...thousands of patients are annually starved in the midst of plenty from want of attention to the ways which alone make it possible for them to take food...I would say to the nurse, have a rule of thought about your patient's diet, remember how much he has had and how much he ought to have today", Florence Nightingale, 1859, Ibid.

<sup>25</sup> DREES, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, Dossier solidarité et santé, 2008, N°4, p.3.

<sup>26</sup> MEAH, *Organisation de la fonction restauration à l'hôpital, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, décembre 2006, p.6.

Cette situation est désormais relativement connue des établissements de santé qui sont de plus en plus nombreux à mettre en place des Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN)<sup>27</sup> conformément aux dispositions du programme national nutrition santé (PNNS).

La situation du lieu de stage, le centre hospitalier de Toul, n'est guère différente de la majorité des établissements dotés d'une unité centrale de production alimentaire (UCPA) vétuste au plan des locaux et du matériel. L'établissement s'interroge donc sur l'avenir de sa fonction restauration et il a le choix entre plusieurs options. Il peut opter pour une solution traditionnelle qui consiste en une reconstruction de sa cuisine centrale. Il peut à l'inverse s'engager dans la voie d'une sous-traitance de la prestation. Chacune de ces options a ses avantages et ses inconvénients qu'il conviendra d'examiner. Afin de dépasser ce dilemme, l'établissement a choisi d'explorer une troisième voie, dans le cadre d'un chantier MEAH de déploiement de la restauration. Il s'interroge sur une nouvelle approche de la restauration à travers le concept « d'hôtellerie hospitalière »<sup>28</sup> qui vise à « externaliser en interne la prestation »<sup>29</sup>. Plus précisément, il s'agit de sous traiter tout ce qui n'apporte pas de valeur ajoutée à la prestation en utilisant tous les produits de l'industrie agro-alimentaire et de se concentrer sur le service rendu au patient en privilégiant une cuisine de proximité. Celle-ci serait fabriquée au cœur même des services de soins et servis par des professionnels de la cuisine plutôt que par des soignants afin que chacun puisse se recentrer sur son cœur de métier.

L'ensemble de ces alternatives sera envisagé dans le cadre de cette étude consacrée à l'avenir de la fonction restauration au CH de Toul. L'accent sera mis en particulier sur la résistance au changement de l'ensemble du personnel face au projet et sur sa tentative de dépassement par l'utilisation des outils du management par la valeur.

---

<sup>27</sup> La MEAH qui prône une généralisation des CLAN dans établissements de santé d'ici 2010 vient de mettre en ligne sur son site Internet un guide référentiel concernant la mise en place et l'animation d'un CLAN au sein des établissements hospitaliers.

Voir aussi sur le même sujet : COUET C., « Les comités de liaison alimentation nutrition », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 39-40 ; SZEKELY C., « Coordonner l'action médicale et logistique, l'expérience du CLAN de l'hôpital René-Muret-Bigottini », Revue Hospitalière de France, N°4, Juillet-Aout 1999, p. 79.

<sup>28</sup> AVERTY K., « Une nouvelle approche hospitalière », Collectivités Express, Mars 2005, N°188, p. 50.

<sup>29</sup> COMMELIN E., « Externaliser en interne : la nouvelle approche », Décideur Cuisine, Février 2005, p. 2 et 3.

# 1 Diagnostic de la fonction restauration au CH de Toul

La cuisine fonctionne dans le cadre d'une production en liaison froide. La production est traitée en une phase journalière. La production est concentrée sur les cinq premiers jours de la semaine. Les jours fériés ne font pas l'objet de production.

L'activité restauration de l'établissement concerne à 77 % la restauration des patients, à 11 % la restauration des personnels et 12 % l'activité de portage à domicile. La part relativement faible de l'activité restauration du personnel – elle représente en général un tiers de l'activité restauration dans les établissements de santé – s'explique essentiellement par le caractère géographiquement excentré du self, situé sur un site annexe au site principal.

Une des particularités du CH de TOUL réside dans l'existence de livraison des repas dans le cadre du portage à domicile par les membres de l'équipe cuisine<sup>30</sup>.

Au terme du rapport d'audit élaboré par le Cabinet EC6 en février mars 2008, dans le cadre de la mission MEAH<sup>31</sup>, il ressort les résultats suivants sur le CH de Toul :

N°REF	Indicateur MEAH	Résultats au CH de Toul	Moyenne (données nationales MEAH)
RH.1 <sup>32</sup>	% d'analyses microbiologiques non conformes	3	3,4
RN.1 <sup>33</sup>	Existence d'outils pour la surveillance alimentaire (0 : oui / 1 : non)	1	/
RN.2 <sup>34</sup>	Grille GEMRCN	3	2,8

<sup>30</sup> Ceci constitue une spécificité car dans la grande majorité des cas, le portage de repas à domicile est assuré par des associations, des entreprises privées ou par les services sociaux municipaux.

<sup>31</sup> La méthodologie adoptée pour la conduite de la phase 3 de la mission Meah est définie comme suit :

- Analyse des indicateurs de résultats et mise en regard avec les processus
- Analyse des principaux constituants du résultat qualité via l'analyse des 4S (satisfaction, service, sécurité, santé)
- Analyse des principaux facteurs responsables des résultats de coût repas fabriqués, repas distribués
- Analyse de maîtrise du système permet de déterminer le rapport qualité – coût de la prestation mise en oeuvre par l'établissement.

<sup>32</sup> Il s'agit d'un indicateur résultat en matière de sécurité hygiène qui correspond à un taux annuel de non-conformité d'analyses biologiques.

<sup>33</sup> Indicateur de résultat en matière de santé nutrition, il vérifie l'existence d'outils pour la surveillance alimentaire

<sup>34</sup> Il s'agit également d'un indicateur résultat ; il s'agit de déterminer le niveau de conformité de la fréquence d'apparition des produits alimentaires par rapport à la grille GPEM/DA :

(1) ou non (0) : le total obtenu est compris entre 0 (non-conforme) et 1 (conforme).

RN.3 <sup>35</sup>	Existence d'un CLAN	1	1
RS.1 <sup>36</sup>	note enquête	3	2,1
RC.1 <sup>37</sup>	Prix total repas fabriqués	4,75	4,3 €
RC.2 b <sup>38</sup>	Prix total repas distribués	4,91	5,05 €
P.6 <sup>39</sup>	Service	3	2,9
SMA.1 <sup>40</sup>	Score Coût matière par repas pondéré (€)	1,52 €	2 €
SMO.1 <sup>41</sup>	Score Nb de repas pondérés /Nb d'heures travaillées (fabrication)	10,56	12,7
SMO.4 <sup>42</sup>	Absentéisme	3,75%	11,51%
SMT.1 <sup>43</sup>	Degré d'informatisation	3	2,2

Source : Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul, COMMELIN E., Cabinet EC6 de mars 2008.

## 1.1 Une prestation restauration jugée satisfaisante dans l'ensemble mais insuffisante au plan nutritionnel

### 1.1.1 Une satisfaction variable en fonction des consommateurs

Entre deux tiers et trois quarts des patients du CH de Toul s'estiment satisfaits par la restauration de l'établissement. Il faut cependant souligner que la note de satisfaction globale pour les résidents des services de long séjour (65 % de patients ayant donné une note globale supérieure ou égale à 7) présente un contraste par rapport à l'appréciation des patients des services actifs (87,5 % de satisfaction).

<sup>35</sup> Cet indicateur de résultat en matière de santé nutrition s'intéresse à l'existence d'un CLAN ; le résultat est compris entre 0 (pas d'existence d'un CLAN) et 1 (existence d'un CLAN).

<sup>36</sup> Indicateur de résultat en matière de satisfaction et de service, il correspond au pourcentage de patients ayant noté 7 à 10 (sur une échelle de 1 à 10) à la question finale de synthèse de l'enquête de satisfaction comportant 13 questions sur la qualité des repas et le service associé.

<sup>37</sup> Indicateur de résultat en matière de coût et de qualité, il correspond au prix du repas jusqu'à la fabrication, hors distribution.

<sup>38</sup> Indicateur de résultat en matière de coût et de qualité, il correspond au prix total du repas, distribution comprise.

<sup>39</sup> Indicateur de processus relatif aux méthodes, il détermine le niveau de qualité du service.

<sup>40</sup> Indicateur de structure relatif à la matière première, il s'intéresse au coût matière par repas pondéré (en €).

<sup>41</sup> Indicateur de structure relatif à la main d'œuvre, il correspond à la productivité en fabrication (Nombre de repas pondéré / Nombre d'heures travaillées en fabrication) ; la productivité en distribution se calcule de manière similaire.

<sup>42</sup> Indicateur de structure relatif à la main d'œuvre, il évalue l'absentéisme (nbre d'heures annuel d'absentéisme/nbre d'heures annuelles de travail).

<sup>43</sup> Indicateur de structure relatif au matériel, il correspond au degré d'informatisation (Cumul Total existence + pertinence + obsolescence).

Cette note très moyenne est générée par plusieurs éléments : la qualité des viandes, la température des plats et le goût. La bonne appréciation des patients des services actifs est liée à l'inverse principalement à la qualité des desserts, au choix, à la présentation, au respect du régime, et la variété et à la température des plats.

En ce qui concerne le mode de distribution des repas en service d'hébergement, il est totalement adapté aux attentes et besoins des personnes âgées dans la mesure où d'après certaines études, le service à table en salle à manger a pour effet d'accroître la prise en charge alimentaire de 30% par rapport à un service en chambre sur plateau. Le temps laissé aux résidents pour s'alimenter est par ailleurs suffisant et respecte les préconisations.

Il convient de souligner qu'en secteur MCO, les agents de service hospitaliers (ASH) chargés du service des repas prennent en charge l'intégralité des tâches hôtelières en services de soins mais également la réfection des lits des patients, les toilettes patients et l'aide alimentaire.

D'une manière générale, tant en service MCO que d'hébergement, les plateaux font l'objet d'un soin particulier en terme de présentation (utilisation d'une vaisselle en porcelaine, par exemple).

Le choix est à la fois vaste<sup>44</sup> mais limité en termes d'attractivité des plats cuisinés et des plats d'accompagnement proposés. Ainsi les produits tels que le steak haché, l'omelette et l'escalope de volaille sont des produits peu intéressants en termes de qualité organoleptique dès lors qu'ils sont traités de manière traditionnelle en liaison froide.

Il serait intéressant d'enrichir la carte des plats constants au travers de l'utilisation de nouvelles techniques de cuisson (cuisson sous vide, cuisson basse température, cuisson en contenants jetables) afin d'allonger la durée de vie des produits, et d'enrichir la gamme de plats proposés.

Le taux de destruction des plats fixes périmés est relativement faible. Il est similaire à celui relevé dans les établissements produisant des plats cuisinés sur la base d'une DLC courte (J+3). Ce taux représente un coût important et pourrait faire l'objet d'une réduction au travers de la production de produits permettant un allongement de la durée de vie des produits.

---

<sup>44</sup> La notion de choix est particulièrement bien ressentie dans les services actifs, les patients pouvant constituer réellement leur repas en fonction de leurs goûts selon les menus proposés. L'informatisation de la commande des repas des patients permet d'assurer efficacement la saisie. Le logiciel Hestia permet de répondre efficacement aux impératifs et à la complexité de la gestion des commandes de repas, notamment au niveau de l'offre de choix au travers du menu et de la carte des plats fixes.

Pour résumer, si la satisfaction des patients est différenciée entre les clients de MCO et les résidents, les carences en matière nutritionnelle sont, à l'inverse, communes aux deux formes de patientèles.

### **1.1.2 Des carences en matière nutritionnelle communes aux clients et résidents**

La politique de prise en charge nutritionnelle des clients et résidents n'a pas fait l'objet d'une réflexion globale depuis de nombreuses années. Ainsi, les plans alimentaires sont définis mais ils ne sont pas formalisés. Il serait souhaitable de conduire une étude des besoins et attentes des consommateurs dans ses différentes composantes et de mesurer si l'offre nutritionnelle actuelle répond aux besoins identifiés. Par exemple, les protéines jouent un rôle essentiel dans l'alimentation de la personne âgée afin de prévenir la dénutrition ce qui nécessite la mise au point de plans alimentaires dissociés pour les deux grandes familles de consommateurs, adultes et personnes âgées.

Il convient de relever qu'au CH de Toul, aucune enquête de prévalence de la dénutrition n'a, à ce jour, été menée. Les patients à risque dénutritionnel ne sont donc pas détectés de manière systématique que ce soit lors de l'admission ou pendant la phase d'hospitalisation. Une identification des patients à risque peut être opérée en long séjour « au coup par coup » mais elle est plus rarement effectuée en service aigu. Cette détermination du risque dénutritionnel est opérée par un praticien puis un calcul calorique est réalisé par les aides soignantes (AS) sur la base de ratios par type d'aliment. En service d'hébergement, en cas de risque dénutritionnel identifié par le personnel soignant, une feuille d'alimentation est ouverte pour 5 jours. Cette feuille comprend un contrôle continu sur les 4 à 5 repas de la journée. Cette fiche est ensuite transmise à la diététicienne qui détermine les apports nutritionnels consommés par le résident. Le médecin décide de la suite à donner en terme de prise en charge nutritionnelle.

Plus précisément, en matière de cause de dénutrition, figurent les horaires du dîner et du petit déjeuner en services d'hébergement qui impliquent une durée de jeûne nocturne largement supérieure aux recommandations du GEMRCN. Pour les services actifs, la durée du jeûne nocturne est légèrement supérieure aux recommandations (12h00 maximum)<sup>45</sup>. L'écart constaté entre les repas est relativement conforme aux recommandations d'une durée maximale de 3 heures entre chaque prise alimentaire.

Enfin, d'une manière générale, on peut regretter que les menus soient construits sur la base des menus de l'année précédente et non sur la base évolutive des plans alimentaires. Par conséquent, les recommandations en termes de prise en charge nutritionnelle ne sont pas toujours prises en considération.

L'établissement travaille actuellement sur la définition de plans alimentaires intégrant les préconisations du GEMRCN en distinguant l'offre alimentaire des adultes et des personnes âgées (Cf. action 5 du plan d'action, annexe 7). Un accompagnement du CLAN dans la mise au point d'un outil de détection des patients dénutris est également prévu (Cf. action 6 du plan d'action, annexe 7).

## **1.2 Une qualification et une productivité des agents insuffisantes**

Le fonctionnement de la restauration est basé sur l'articulation de l'intervention complémentaire de trois équipes :

- la cuisine pour les aspects de gestion des denrées périssables, de production et d'allotissement ;
- le magasin général pour la gestion des denrées non périssables ;
- les agents du portage et les agents de la fonction transport pour la livraison sur les sites satellites.

---

<sup>45</sup> A noter que le dîner est jugé comme étant servi trop tôt dans la soirée (18h00). Le service des repas pourrait être retardé d'au moins 30 minutes pour la plupart des services de soins des services actifs car les ASH sont présentes jusqu'à 20h.

L'équipe de la restauration est composée d'agents issus de plusieurs fonctions. Ainsi les personnels de la cuisine centrale sont secondés par des agents du magasin général pour la gestion des stocks et par des personnels du transport pour la livraison sur les sites extérieurs. L'équipe de la cuisine centrale est composée de 22 agents physiques représentant un effectif de 19,16 ETP. L'équipe de cuisine intègre également deux diététiciennes à temps partiel pour un niveau global de 1,1 ETP. L'équipe de cuisine prend également en charge la livraison des repas pour les bénéficiaires du portage à domicile. Ce type d'activité représente un temps de travail de 45 heures par semaine, soit l'équivalent de 1,3 ETP. L'équipe est scindée en deux parties au niveau de la présentation des effectifs afin de scinder l'activité de production et de distribution de repas pour le Centre Hospitalier et l'activité destinée au portage à domicile.

### **1.2.1 Une qualification insuffisante des agents de restauration**

L'analyse de la répartition des statuts des agents de la cuisine (Cf. annexe 9) fait apparaître une proportion importante de personnels contractuels (50 % de l'effectif total<sup>46</sup>) et de grades non qualifiés (les deux tiers de l'équipe de cuisine<sup>47</sup>).

Les tâches prises en charge par l'équipe de cuisine peuvent être réparties en deux types. D'une part, les tâches ne nécessitant pas de compétence ou de qualification techniques spécifiques<sup>48</sup> qui représentent 38% de l'activité totale des cuisines et d'autre part les tâches nécessitant un savoir faire, une compétence particulière ou une formation spécifique<sup>49</sup> qui s'élèvent à 62% de l'activité totale. A contrario, l'examen des grades témoigne d'une proportion de grades qualifiés de seulement 38%. Or, la qualité de la prestation est directement liée à l'adéquation entre les niveaux de qualification requis et les niveaux de compétences dont dispose l'établissement.

---

<sup>46</sup> Personnels titulaires : 12 agents physiques pour 8 ETP ; Personnels contractuels : 11 agents physiques pour 8,5 ETP. Ces chiffres excluent les diététiciennes et les agents de livraison.

<sup>47</sup> Personnels sur des grades non qualifiés : 14 agents physique pour 12,5 ETP soit 2/3 de l'équipe de cuisine ;

Personnels sur des grades qualifiés : 7 agents physiques pour 6,1 ETP soit 1/3 de l'équipe de cuisine.

<sup>48</sup> Il s'agit principalement des tâches suivantes : nettoyage, magasin et primaire, self, laverie, conditionnement, chaîne, allotissement, linge

<sup>49</sup> Il s'agit essentiellement des fonctions suivantes : production, encadrement, transport.

D'une manière plus générale, la question des ressources est sensible. Outre les proportions importantes de personnels sur des contrats précaires ou sur des grades non qualifiés, l'absence de visibilité sur le projet restauration est souvent déplorée. En outre, l'équipe de cuisine peut être amenée à effectuer des remplacements sur des postes extérieurs à la cuisine (vaguemestre, magasinier) ce qui occasionne un sentiment d'instabilité au sein de l'équipe. De manière plus conjoncturelle, l'équipe de cuisine a fait l'objet d'un encadrement allégé durant une période assez longue du fait de missions annexes prises en charge par le responsable de la restauration. Cette situation se ressent encore actuellement dans les pratiques managériales. Enfin, les locaux et outils de travail dégradés font souvent l'objet de critiques.

La conduite du projet restauration implique la mise en oeuvre d'une politique de consolidation des ressources humaines qui est actuellement menée sur plusieurs niveaux : étude des possibilités de titularisation des personnels contractuels, intégration de l'équipe de cuisine dans la gestion du projet cuisine, consolidation de l'organigramme suite au recrutement d'un responsable d'exploitation prenant en charge l'articulation des différents secteurs de la cuisine, accompagnement de l'équipe de cuisine dans le cadre du projet de restructuration de la restauration au travers de formations et d'apports techniques. La productivité de l'équipe est également étudiée de près.

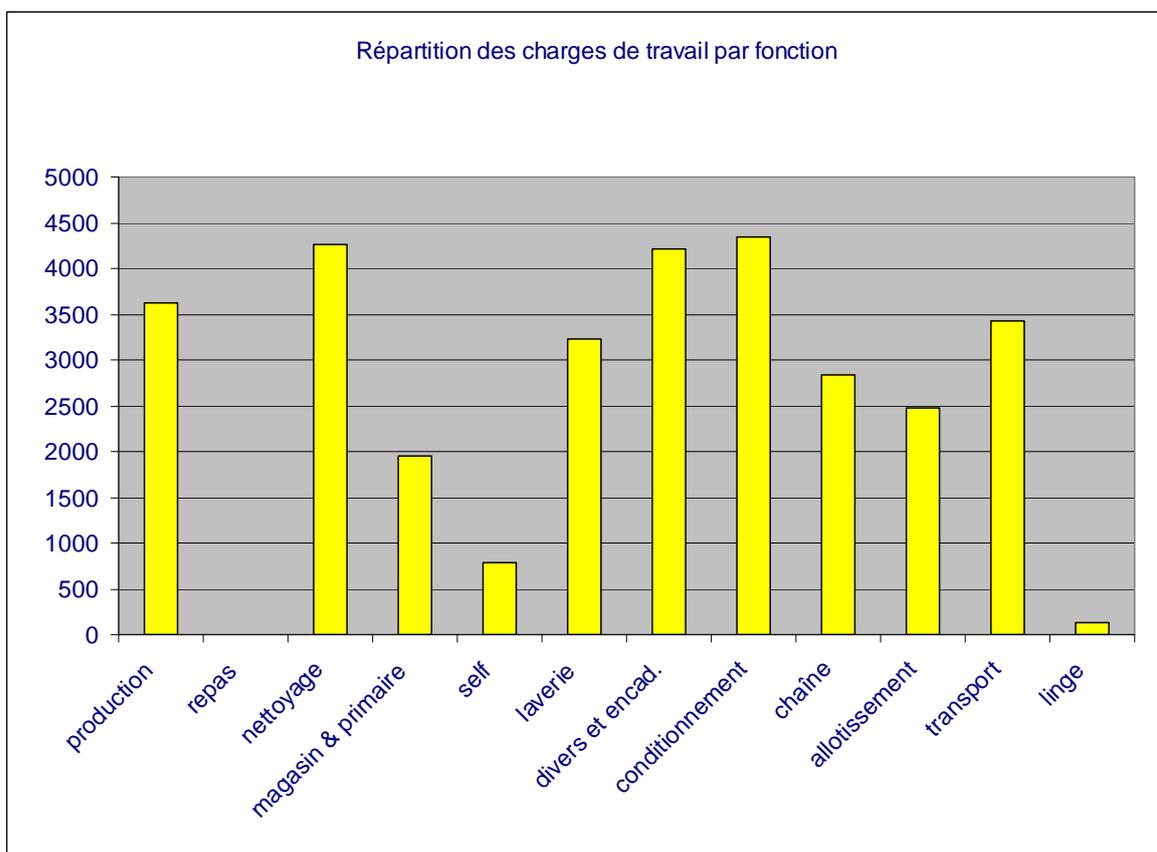
### **1.2.2 Une productivité potentiellement améliorable**

Chaque fonction du processus restauration a été analysée et valorisée lors de la phase d'audit<sup>50</sup>. Il en ressort une répartition des tâches relativement déséquilibrée.

---

<sup>50</sup> *Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale*, Cabinet EC6 de février - mars 2008.

Fonction	Nombre d'heures d'activité par jour				Total semaine	Total annuel	% de l'activité
	du lundi au vendredi	Jours fériés	Samedi	Dimanche			
production	67,50	0,75	0,75	0,75	69,75	3627	11,6%
repas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,0%
nettoyage	66,25	5,25	5,20	5,20	81,90	4258,8	13,7%
magasin & primaire	37,50	0,00	0,00	0,00	37,50	1950	6,3%
self	15,00	0,00	0,00	0,00	15,00	780	2,5%
laverie	48,75	3,25	5,00	5,00	62,00	3224	10%
divers et encadrement.	79,50	0,00	0,75	0,75	81,00	4212	13,5%
conditionnement	55,00	8,25	10,20	10,20	83,65	4349,8	14,0%
chaîne	38,00	5,50	5,50	5,50	54,50	2834	9,1%
allotissement	35,00	3,50	4,50	4,50	47,50	2470	7,9%
transport	45,00	0,00	10,50	10,50	66,00	3432	11,0%
linge	2,50	0,00	0,00	0,00	2,50	130	0,4%
<b>Total</b>	<b>490,00</b>	<b>26,50</b>	<b>42,40</b>	<b>42,40</b>	<b>598,8</b>	<b>31137,6</b>	<b>100 %</b>



Les tâches de production représentent moins d'un quart de l'activité alors qu'elles devraient représenter la part la plus importante. Il s'agit en effet des tâches liées au cœur de la fonction restauration. Les heures travaillées par les personnels chargés des fonctions hôtelières sont consacrées, dans leur majeure partie, à la fonction distribution (46 % des moyens mis en œuvre).

A l'inverse, les tâches d'entretien (près de 30 %) représentent une part trop importante, du fait notamment de la vétusté des locaux. Les tâches de gestion du magasin sont relativement faibles car la gestion des denrées non périssables est assurée par le magasin général. L'activité transport est importante (13 % de l'activité) alors qu'elle n'est pas directement liée à la fonction cuisine. Les tâches de gestion et d'encadrement sont importantes et s'expliquent notamment par le fait que les temps diététiques sont inclus dans les tâches d'encadrement.

Il ressort des éléments chiffrés précédents, un sureffectif de 1,1 ETP qu'il est difficile d'expliquer du fait de la complexité de l'organisation en place (éclatement de la fonction magasin sous deux entités, fonction transport-portage non optimisée). D'une manière générale, la productivité de l'équipe de cuisine est située à un niveau médian (note de 3 sur 4). La productivité de la fonction distribution est bien positionnée. Ainsi la productivité cumulée des deux fonctions positionne le CH de TOUL à un niveau proche de la moyenne des bases de données MEAH.

### **1.3 Des produits alimentaires parfois inadaptés aux besoins des patients**

La politique d'achat de denrées pour la mise en œuvre des entrées est basée essentiellement sur les produits prêts à l'emploi suivants :

- produits surgelés (aliments crus ou cuits)
- produits crus prêts à l'emploi
- produits appertisés (les conserves)

Les produits bruts sont relativement limités ce qui permet de concentrer l'activité de la cuisine sur les fonctions nobles du traitement des produits et d'exclure les tâches ne nécessitant pas la mise en œuvre de tâches valorisantes pour l'équipe de cuisine. Ainsi, les fonctions d'épluchage, de lavage, de décontamination ne sont pas réalisées en cuisine mais par les industriels fournissant les produits alimentaires. Les denrées utilisées pour la mise au point sont issues en majorité de la technologie de la surgélation et de produits crus prêts à l'emploi. Ce type de technologie de conservation des produits est totalement adapté car il permet de disposer de produits de qualité, à un coût intéressant et disponible tout le long de l'année. La mise en œuvre de nouvelles techniques de cuisson (cuisson en barquette, pasteurisation, cuisson à la juste température) permettrait d'intégrer ce type de production à un coût relativement modeste tout en maîtrisant la sécurité alimentaire des consommateurs des plats à texture modifiée. Les desserts sont, dans leur majorité, issus de produits finis. L'offre de pâtisseries est extrêmement limitée mais pourrait être élargie au travers de la mise en œuvre de pâtisseries d'assemblage dans une plus forte proportion.

Au niveau des enquêtes de satisfaction, les viandes sont jugées comme étant trop dures et trop difficiles à mastiquer pour les personnes âgées. Certains produits sont en effet peu adaptés pour les capacités masticatoires des résidents. Il serait intéressant d'introduire des techniques de cuisson permettant de proposer des viandes plus juteuses et plus faciles à mastiquer pour les personnes âgées.

De manière plus générale, les plats cuisinés sont trop riches en sauce. Les produits sont noyés dans la sauce pour éviter leur dessèchement lors de la remise en température. Il serait intéressant de conduire un travail sur les fiches techniques afin que les produits puissent être remis en température dans de bonnes conditions et être présentables.

## **1.4 Des équipements de cuisine en majorité obsolètes**

Le parc de matériels intervenant dans l'ensemble du processus de fonctionnement de la cuisine (du traitement thermique au conditionnement en passant par le refroidissement et le matériel de lavage) est relativement vétuste. Un certain nombre d'équipements ont plus de cinq ans. Ainsi, la production chaude est assurée par deux fours 20 niveaux acquis en 2003. Dans le même sens, la marmite à bain marie de 250 litres, indispensable pour la confection des éléments liquides (potages, sauces) et pour certaines cuissons (féculents) a été achetée en 2000. Plus anciennes encore sont les deux cellules de refroidissement de 140 kg dans la mesure où elles ont été acquises en 1995. En ce qui concerne la plonge, elle est réalisée actuellement au moyen d'une machine à capot acquise en 2000. On considère habituellement que ce type de matériel ne permet plus de traiter correctement le nettoyage de la vaisselle de production passé dix ans d'utilisation. Il devra faire l'objet d'un remplacement par une machine à laver à granule. Certains équipements, bien que plus récents, devront tout de même être remplacés à moyen terme du fait de leur niveau de performance médiocre et leurs besoins récurrents en maintenance. Ainsi, les deux sauteuses de 80 dm<sup>2</sup> pro acquises en 2006 obéissent à cette problématique. Pour résumer, les équipements de cuisine sont obsolètes et nécessitent un remplacement à court et moyen terme.

## **1.5 Une organisation du travail à optimiser**

### **1.5.1 Une organisation du travail non optimale**

L'organisation du travail de la cuisine est contrainte par les locaux. Certaines incohérences en matière d'infrastructure entraînent des dysfonctionnements au niveau de l'organisation du travail. Par exemple, le stockage sur deux niveaux des produits alimentaires périssables et non périssables implique une gestion dissociée des deux stocks et une obligation de transferts verticaux. Dans le même sens, un seul local de déconditionnement est aménagé ce qui entraîne le traitement dans un même local des phases de préparation primaire souillée (décontamination des contenants) et de préparation primaire propre (mise à nu du produit). De même, les locaux de cuisine sont trop vastes (400m<sup>2</sup>) et inadaptés en termes de revêtements de mur et de plafond ce qui a pour conséquences organisationnelles de majorer le temps de nettoyage. A l'inverse, les locaux destinés à la fonction logistique sont trop étroits ce qui implique un conditionnement inadapté des plats destinés au portage à domicile.

Les produits entrant dans la composition des plats protidiques nécessitent un travail de déconditionnement important (décontamination, ouverture des emballages). Les cuissons en sauteuse sont majoritaires. La mise en œuvre de nouvelles techniques de cuisson (par exemple, les cuissons en barquettes) permettrait d'augmenter la proportion de cuissons en four tout en réduisant le volume de bacs gastronomes à traiter au niveau du nettoyage. Doit être particulièrement soulignée la gestion inadaptée de l'articulation conditionnement / refroidissement qui peut générer des embouteillages et ainsi occasionner un non respect partiel de la législation sur la liaison froide. Dans la même perspective, la gestion de la préparation primaire souffre parfois d'un défaut de cohérence. Les deux phases du déconditionnement<sup>51</sup> sont réalisées dans un local unique créant ainsi une non conformité en termes de maîtrise sanitaire. L'agent chargé de cette fonction sensible évolue, par ailleurs, dans la zone magasin qui est une zone souillée. Il approvisionne lui-même le secteur production. Tous ces éléments conjugués entraînent un certain nombre de non conformités qui incitent à une vigilance particulière.

### **1.5.2 Des non conformités aux bonnes pratiques à surveiller**

L'analyse du respect des bonnes pratiques professionnelles dans le cadre de la fonction restauration démontre une conformité totale dans 67 % des cas, une conformité partielle dans 19 % des hypothèses et une absence de conformité dans 14 % des cas. Par conséquent, il convient d'être vigilant sur les cas de non-conformité, d'en analyser les causes et d'instaurer un suivi systématique dès leur survenance afin d'éviter leur reproduction.

---

<sup>51</sup> Il s'agit, d'une part, de la décontamination des emballages et, d'autre part, de la phase de mise à nu des produits.

## 1.6 Des coûts de fonctionnement dans la moyenne des établissements de même catégorie

### 1.6.1 Coûts des ressources humaines

Le coût moyen en ressources humaines est équivalent selon qu'il s'agit d'agents de la cuisine ou d'agents de distribution.

Coût annuel moyen d'un agent de <b>cuisine</b> (en € TTC, charges comprises)	Coût annuel moyen d'un agent de <b>distribution</b> (en € TTC, charges comprises)
30 280	33 942

### 1.6.2 Coût d'achat des matières premières

Poste de dépenses (en € TTC)	Montants annuels (en € TTC)
Produits alimentaires	413 441
Produits diététiques	19 818
<b>TOTAL</b>	<b>433 259</b>

### 1.6.3 Frais de fonctionnement (en € TTC)

Poste de dépenses (en € TTC)	Montants annuels (en € TTC)
Vêtements de travail	868
Produits d'entretien	4 328
Consommables de fabrication	371 011
Consommables de gestion	1 777
Entretien, location d'équipements	0
Fluides	13 742
Etudes et documentation	49
Frais d'assistance	21 730
Frais de maintenance	19 274
Autres frais (fourniture de cuisine)	23 986
<b>TOTAL</b>	<b>456 765</b>

#### 1.6.4 Détermination du compte d'exploitation de la cuisine CH TOUL

Poste de dépenses (en € TTC)	Montants annuels (en € TTC)
Dépenses alimentaires	433 259
Dépenses en frais de personnel	1 667 334
<i>dont Fabrication 1</i>	<i>466 603</i>
<i>dont Transport 2</i>	<i>139 955</i>
<i>dont Self, internat</i>	<i>315 407</i>
<i>dont Distribution patients</i>	<i>410 453</i>
Dépenses des frais de fonctionnement	456 765
Dépenses liées aux investissements (amortissement)	32 369
Coût des repas fabriqués	Montant total : 1 356 627 Coût au repas : 4,75
Coût total (hors amortissement)	Montant total : 2 557 358 Coût au repas : 8,95
Prix du repas distribué self	Montant total : 1 404 403 Coût au repas : 4,91

Si l'on compare, la situation au CH de TOUL par rapport aux données nationales de la base MEAH (Cf. annexe 1), on peut en déduire les éléments d'appréciation suivants. D'une part, le CH de TOUL est très bien positionné pour le coût matière par repas pondéré. A l'inverse, le coût du repas fabriqué se situe à un niveau supérieur à la moyenne ce qui témoigne d'une productivité insuffisante, liée notamment à la répartition des tâches dans l'équipe chargée de la gestion de la fonction restauration (responsables de cuisine et diététiciennes). D'autre part, le coût du repas distribué atteste d'un niveau de performance intéressant en termes de productivité des services de soins. Cet élément doit être nuancé par le fait que les services actifs bénéficient d'une activité restauration extrêmement simplifiée. Certaines fonctions (par exemple, le dressage des plateaux) ont, en effet, fait l'objet d'un transfert de tâches au profit des agents de cuisine.

## 1.7 Des locaux vétustes

Les locaux actuels de la cuisine ne sont pas adaptés à la poursuite de l'activité de production de repas. Ils ne permettent pas la mise en place de circuits adaptés pour la circulation des personnels, la marche en avant des produits et la gestion des déchets. En effet, des zones propres sont insérées dans des zones souillées. Les locaux ne permettent pas une cohérence dans les flux de personnels (circulation entre les zones propres et souillées), les flux de produits sont, quant à eux, perfectibles. L'ouverture directe de la zone de lavage de la vaisselle patient vers la zone de production peut être également dommageable en termes de maîtrise sanitaire. Surtout, les surfaces murales et le sol des zones de stockage et d'exploitation sont abîmés. Le carrelage est fissuré ou cassé. L'environnement n'est pas adapté au type de travail réalisé dans ces zones. La hauteur sous plafond est trop importante, elle ne permet pas un traitement de l'air cohérent pour une zone de production et, surtout, est difficile d'entretien.

Les travaux et aménagements effectués ces dernières années ont permis une mise aux normes partielles des locaux. Mais il n'est pas envisageable de prévoir un maintien de l'activité restauration dans ces locaux alors même qu'ils sont idéalement placés car en lien direct avec les services de soins grâce à l'ascenseur situé dans la zone logistique de la cuisine. En outre, le positionnement du magasin des produits non périssables au sous-sol est préjudiciable à une gestion aisée des flux de produits. Ce phénomène est accentué par le fait que cette gestion est réalisée par un agent du magasin. Il serait cohérent de réunir la gestion des denrées alimentaires sous une seule gestion réalisée par l'équipe de cuisine.

Pour conclure, les locaux actuels sont inadaptés pour permettre la mise en œuvre d'un processus de production garantissant une totale maîtrise sanitaire. En effet, il est impossible de respecter des flux cohérents tant au niveau des produits que des personnels. De fait, la restructuration de la fonction restauration s'impose et il convient à présent d'envisager sous quelle forme elle doit intervenir.

## 2 Le traditionnel dilemme entre le faire et le faire-faire

A l'instar de la majorité des établissements confrontés à la question de la restructuration de leur fonction restauration, le CH de TOUL a le choix entre deux options :

- d'une part, la reconstruction d'une cuisine centrale à l'identique de celle existante<sup>52</sup> ;
- d'autre part, le CH de Toul peut décider d'externaliser sa fonction restauration<sup>53</sup> ;

« L'option entre le faire et le faire-faire est l'une des plus sensibles en matière de logistique hospitalière car l'alimentation est considéré comme un soin, proche du cœur de métier et étroitement lié à la satisfaction du patient »<sup>54</sup>. Cette décision est d'autant plus stratégique du fait de la nature peu réversible du choix de l'externalisation<sup>55</sup> et de ses conséquences sur les moyens humains de l'établissement<sup>56</sup>.

Le faire est un mode de gestion internalisé des fonctions logistiques qui est statistiquement majoritaire dans les structures hospitalières importantes (CHU et CH de grande taille) et essentiellement à statut public<sup>57</sup>. Il implique fondamentalement que l'établissement possède en interne l'ensemble des compétences nécessaires au bon fonctionnement de son service restauration. La plupart des unités centrales de production alimentaire (UCPA) sont en liaison froide<sup>58</sup>.

---

<sup>52</sup> Cette solution implique la prise en charge de l'intégralité de la mise au point de la prestation restauration dans le cadre des fonctions achat – gestion des stocks – production – allotissement – montage plateaux – laverie – gestion du self.

<sup>53</sup> Cette seconde option consiste dans la concession de la production des produits alimentaires nécessitant une fabrication élaborée auprès d'un prestataire extérieur. En revanche, une cuisine relais prendrait en charge une partie de la mise au point de la prestation restauration dans le cadre des fonctions achat – gestion des stocks – allotissement – montage plateaux – laverie – gestion du self.

<sup>54</sup>, BENANTEUR Y., « La sous-traitance des fonctions logistiques en milieu hospitalier : un enjeu complexe dans un contexte budgétaire contraint et structurant », *Logistique Hospitalière*, N° spécial, 2004, pp. 41.

<sup>55</sup> La non réversibilité doit toutefois être nuancée car certaines structures (notamment l'APHM et les HCL) sont revenues sur leur choix initial d'externalisation après quelques années de fonctionnement, Lire *La restauration hospitalière dans les établissements publics de santé*, support de formation des Élèves Directeurs d'Hôpitaux, ENSP, juin 2006.

<sup>56</sup> Il peut impliquer un plan de reconversion pour les agents souhaitant changer de métier, des départs en retraite anticipés ou des départs volontaires.

<sup>57</sup> BENANTEUR Y., « La sous-traitance des fonctions logistiques en milieu hospitalier : un enjeu complexe dans un contexte budgétaire contraint et structurant », *Logistique Hospitalière*, N° spécial, 2004, p. 45.

<sup>58</sup> La liaison froide réfrigérée consiste à différer la distribution des repas dans le temps et dans l'espace grâce une réfrigération (à +10°) de produits après cuisson (à +63°) Les plats (conservés pendant 3 ou 4 jours dans une chambre froide entre 0 et 3°) sont ensuite remontés en température (+63°) en moins d'une heure, le plus souvent au sein même des unités de soins avant d'être servis aux patients. Ce système est sécurisant, offre une productivité intéressante et de meilleures conditions de travail à l'équipe de cuisine qui travaille sur 5 jours au lieu de 7 jours en liaison chaude.

La liaison chaude est plus contraignante car elle entraîne des « coups de feu » en obligeant à coordonner la fabrication, le conditionnement et la distribution des repas. Cantonnée aux établissements de très petite taille, elle tend à disparaître. En outre, une déperdition calorifique est souvent inévitable en dépit des systèmes de maintien en température (+63°) après cuisson (containers isothermes).

La majorité des UCPA sont aussi des « cuisines d'assemblages » faisant appel à des produits de troisième, quatrième et cinquième gammes, non seulement pour des raisons de sécurité alimentaire et d'hygiène mais aussi pour concentrer les ressources humaines sur des tâches nobles au détriment de celles à moindre valeur ajoutée (épluchage, lavage, décontamination).

Le faire-faire renvoie à la notion de sous-traitance des compétences afin de les confier à des prestataires extérieurs, spécialisés dans le domaine d'activité considéré. Il est essentiellement pratiqué par des structures de faible importance (dont le personnel est insuffisant soit en nombre, soit en qualification et en taux d'encadrement) ou à statut privé<sup>59</sup>. On dénombre 10% de sous-traitance au sein des hôpitaux publics et 30% pour les établissements privés<sup>60</sup> et ce taux est en progression constante. Pour mémoire, en 1990, le taux de pénétration de la sous-traitance n'était que de 14% dans les cliniques privées<sup>61</sup>. D'une manière plus générale, les cliniques privées ont plus souvent recours à des prestataires extérieurs que les établissements privés à but non lucratif<sup>62</sup>.

Les deux options offrant chacune des intérêts au regard des mêmes angles d'analyse, elles seront étudiées concomitamment. Il s'agira essentiellement d'analyser les avantages et inconvénients des deux formules au niveau de la maîtrise des processus, de la productivité, du dimensionnement et de la vétusté de l'appareil de production, du climat social<sup>63</sup> dans l'établissement, du niveau de formation et de qualification des équipes en charge de la restauration, des capacités d'autocontrôle de l'établissement<sup>64</sup>, de la gestion des ressources humaines, des économies et coûts attendus.

---

<sup>59</sup> Ibid. p. 45.

<sup>60</sup> COSSON C., *Sécurité et vigilance alimentaire à l'hôpital*, Editions ENSP, 2002.

<sup>61</sup> *Autogestion ou sous traitance des services logistiques hospitaliers, le cas de la restauration collective*, HALIMI G., Mémoire de DESS, Université de Paris Dauphine, UER, Sciences des Organisations, Gestions hospitalières, Juin Juillet 1990, N°297, pp 505-521.

<sup>62</sup> 90 % des établissements à but lucratif ont externalisé en partie ou en totalité la fonction « restauration, linge et déchets » contre seulement 40% des établissements à but non lucratif, DREES, *Hôpitaux et cliniques en mouvement, Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients*, N°633, Avril 2008, p.3.

<sup>63</sup> Il s'agit même du critère principal pour certains auteurs car il implique un passage vers un statut de droit privé donc un risque fort de conflit social.

<sup>64</sup> Il est en effet souhaitable de ne sous traiter que ce que l'on est capable de contrôler. A défaut, l'établissement ne pourra pas évaluer la qualité et compétitivité de la prestation concédée.

## **2.1 L'avantage du faire en ce qui concerne l'offre alimentaire et la prise en charge hôtelière**

Il importe de comparer les atouts des deux options au regard tant des produits proposés que du service mis en œuvre. En d'autres termes, nous nous intéresserons à l'offre alimentaire et à la prise en charge hôtelière.

Par matière, il faut entendre essentiellement la question des plans alimentaires. D'après les enquêtes de satisfaction menées au CH de Toul (Cf. annexe 8), ils répondent dans l'ensemble aux attentes de qualité des patients. Avec l'allongement des dates limites de consommation (DLC) et la mise en œuvre de nouvelles techniques de cuisson, il est possible d'élargir la notion de choix tant en terme de qualité que de diversité des plats proposés. Ce choix est possible uniquement dans le cadre de la gestion globale de la cuisine (ou autogestion) par le Centre Hospitalier.

La concession de la production des produits alimentaires à un prestataire extérieur implique en revanche une modification des plans alimentaires. Surtout, l'externalisation emporte l'obligation de choisir les produits parmi la carte de plats constants proposés par le prestataire. Cet élément peut constituer une limite importante en termes de qualité de la prestation, d'autant plus avec la multiplicité des régimes à l'hôpital, la forte variabilité des quantités en fonction des admissions et des pathologies.

Enfin, et surtout, le prestataire choisi devra être en mesure d'intégrer les spécificités de la restauration du secteur santé, c'est-à-dire assumer sept jours sur sept la fourniture de repas variés à une clientèle diverse. Si ce type de prestataire est encore relativement rare sur le marché de la restauration collective, il n'en demeure pas moins qu'il est en plein essor<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> Les majors de l'alimentation (et notamment Sodexo, Medirest, Avenance Santé Résidences, Sogeres, Restalliance) assurent plus de 80% des prestations des établissements de court séjour en France qui ont externalisé leurs prestations. Leur atout principal réside dans leur grande souplesse et flexibilité. La plupart d'entre eux ont développé des prestations hôtelières adaptées à certaines pathologies (ex : ambulatoire, orthopédie, maternité...), Lire BANGA B. « Restauration Hospitalière : les recettes du succès », Décision Santé, Janvier 2007, pp. 17-21.

L'évolution de l'activité de la cuisine centrale est quasiment nulle sur les 5 prochaines années. Si le projet d'établissement prévoit la création d'un hôpital de semaine et de soins de suite à caractère gériatrique, elle est compensée par une réduction des capacités de médecine et de chirurgie. Par conséquent, il convient de garder comme base d'analyse les 953 repas fabriqués par jour en 2007 (production cinq jours sur sept). Il peut être judicieux également de dimensionner l'unité de production ou la cuisine relais sur la base d'une activité maximum de 1500 repas par jour, dans la mesure où la future cuisine centrale doit prévoir l'éventuelle intégration d'un client extérieur.

L'étude de l'activité actuelle de la cuisine et les projections d'activités liées aux restructurations de services existants (médecine, chirurgie, extension de l'hôpital de jour), aux créations de nouveaux services ex nihilo (soins de suite à caractère gériatrique) ou par redéploiement (hôpital de semaine, court séjour gériatrique) nous donne les résultats suivants :

Structures	Activité 2007	HDJ 2011	HDS 2011	SSG 2011	CHIR 2011	MED 2011	Project° 2008	Project° 2009	Project° 2010	Project° 2011
St Charles	59 903	260	12 528	17 520	- 6 570	- 9 490	59 903	59 903	59 903	74 151
Centre Rion	93 159						93 159	93 159	93 159	93 159
Les Ombelles	33 726						33 726	33 726	33 726	33 726
GIP	33 066						33 066	33 066	33 066	33 066
Self	28 820						28 820	28 820	28 820	28 820
<b>Total</b>	<b>248 674</b>						<b>248 674</b>	<b>248 674</b>	<b>248 674</b>	<b>262 922</b>

Si l'activité de production était concédée, il conviendrait de ne sous traiter que ce qui apporte une valeur ajoutée à la prestation. Par conséquent, les desserts non élaborés (fruits frais, laitages...) continueraient d'être acquis par le CH de Toul et seuls des desserts dits élaborés seraient fournis par le prestataire.

Définition des éléments	Nombre de repas livrés par jour							Nombre d'éléments par semaine	Nombre d'éléments par an
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7		
Entrées	413	413	413	413	413	345	345	2 755	143 260
Plat protidique	413	413	413	413	413	345	345	2 755	143 260
Plat accompagnement	413	413	413	413	413	345	345	2 755	143 260
Dessert élaborés (2 jours par semaine)	0	413	0	0	0	413	0	826	42 952
Totaux	1 239	1 652	1 239	1 239	1 239	1 448	1 035		472 732

Afin de déterminer le rapport entre la partie de l'activité concédée à un prestataire extérieur et l'activité gérée par l'équipe de cuisine du Centre Hospitalier, il convient de déterminer l'activité pondérée de ces deux activités de la manière suivante :

Définition des éléments	Nombre d'éléments par an	Taux de pondération	Activité pondérée en équivalent repas
Entrées	143 260	0,11	15 759
Plat protidique	143 260	0,44	63 034
Plat accompagnement	143 260	0,22	31 517
Dessert élaborés (2 jours par semaine)	42 952	0,11	4 725
Totaux	472 732		115 035

Source : Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul, COMMELIN E., Cabinet EC6 de novembre 2007.

L'activité actuelle de la fonction restauration, prise en charge, par la cuisine centrale est de 273 115 repas pondérés. Si cette activité était concédée, en terme de repas pondérés, elle serait répartie de la manière suivante :

- activité de production prise en charge par le prestataire : 115 035 repas pondérés soit 42.1 % de l'activité totale
- activité de production prise en charge par la cuisine relais du CH de Toul : 158 080 équivalents repas ou repas pondérés soit 57.9 % de l'activité totale.

Les achats de matières premières et de denrées alimentaires diffèrent selon les deux options analysées.

**Option 1 : le Centre Hospitalier conserve une totale autonomie dans la production des repas.**

COMPTES	LIBELLE	2006
60231	Pain, farine	79 772
60232	Viandes, poissons	129 206
60233	Boissons	28 953
60234	Comestibles	81 085
602351	Laits, produits laitiers, œufs	76 457
60236	Produits diététiques et de régime	18 409
60237	Produits surgelés et congelés	
602381	Produits alimentaires de quatrième gamme	
602382	Autres produits alimentaires	64 065
6282	Alimentation à l'extérieur	
62887	Contrôle qualité denrées alimentaires	
Total hors produits diététique		459 538
Total avec produits diététiques		477 947
Nombre de repas		244 080
Coût unitaire par repas		1,88 €

Source : Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul, COMMELIN E., Cabinet EC6 de novembre 2007.

**Option 2 : le Centre Hospitalier concède la production des produits nécessitant une mise en œuvre complexe auprès d'un prestataire.**

Afin de déterminer le coût d'une concession partielle de la production de repas, la cuisine centrale du CHU de Nancy a été sollicitée<sup>66</sup>.

Le CHU de Nancy a proposé deux niveaux de tarifs (un tarif pour les éléments simples et un tarif majoré pour les plats élaborés) pour une prestation complète comprenant entrée, plat protidique, plat accompagnement et dessert (Cf. annexe 2).

Afin de définir le montant des achats de plats auprès du CHU de Nancy, deux niveaux d'analyse ont été retenus. Le premier niveau d'analyse correspondant à l'hypothèse basse se compose de 50% de plats simples et de 50 % de plats élaborés. Le second niveau d'analyse correspondant à l'hypothèse haute<sup>67</sup> comprend 33% de plats simples et 66% de plats élaborés.

Si on retient l'hypothèse basse (Cf. annexe 2.1), le montant des achats auprès du CHU de Nancy s'élève à 307 549 € par an et 276 731 € des achats sont effectués directement par le CH de Toul ce qui porte le montant total de l'option 2 à 584 280 € TTC.

<sup>66</sup> Il importe de rappeler que le CHU de Nancy est distant d'à peine 20 kilomètres du CH de Toul.

<sup>67</sup> L'option 2 hypothèse haute présente les caractéristiques les plus proches de l'offre alimentaire actuelle du Centre Hospitalier ce qui facilite les comparaisons.

Si l'on retient l'hypothèse haute (Cf. annexe 2.2), le montant des achats auprès du CHU de Nancy s'élève à 374 059 € par an. Le montant des achats effectués directement par le CH de Toul restant identique (276 731 €), le montant total de l'option 2 se porte à 650 790 € TTC.

Les comptes d'exploitation des options 1 (1 212 048 € TTC : Cf. Annexe 3.1) et des options 2, sont similaires (hypothèse basse : 1 157 961 € : Cf. Annexe 3.2) voire supérieurs (hypothèse haute : 1 224 471 € : Cf. Annexe 3.3). Cet élément relativise l'intérêt d'une externalisation partielle.

## **2.2 L'avantage relatif du faire-faire s'agissant de la main d'œuvre**

Les deux options proposent un niveau d'effectifs différent. Le fonctionnement actuel de la cuisine intègre une part importante de polyvalence. Les agents occupent, en effet, plusieurs fonctions différentes durant leurs journées de travail.

Dans le cadre de l'option 1, la répartition des fonctions principales effectuées par la cuisine est la suivante :

- Tâches fonction logistique et magasin : 6.3 %
- Tâches fonction production : 25.6 %
- Tâches allotissement, montage plateaux et transport : 28.1 %
- Tâches d'entretien : 24.4 %
- Tâches diverses : 16 %

Le besoin en effectifs est identique à celui généré par l'organisation actuelle, soit :

- lundi et mardi : 15 agents postés (à temps complet ou temps partiel)
- mercredi, jeudi et vendredi : 14 agents postés (idem)
- le week-end : 5 agents postés
- les jours fériés (11 jours par an) : 3 agents postés

	Postes	Nbres de jour dans l'année	Nbre d'heures de travail	ETP
Lundi	<b>15</b>	50	5 029,50	<b>3,23</b>
Mardi	<b>15</b>	50	6 075,00	<b>3,88</b>
Mercredi, Jeudi, Vendredi	<b>14</b>	150	13 837,50	<b>8,90</b>
Samedi et dimanche	<b>5</b>	104	2 301,00	<b>1,48</b>
Jours fériés	<b>3</b>	11	1 842,75	<b>1,19</b>

<b>29 085,75</b>	<b>18,68</b>
------------------	--------------

Dans le cadre de l'option 2, le fonctionnement de l'équipe de cuisine relais diffère du schéma organisationnel actuel. En effet, l'équipe de cuisine n'assure plus la fonction principale de production et l'ensemble des tâches annexes liées à cette activité (gestion de certaines denrées, préparation primaire complexe, refroidissement). Le travail de la cuisine relais porte en majeure partie sur des tâches d'assemblage.

Cette organisation induit le besoin en effectif suivant :

- lundi au vendredi : 10 agents postés (à temps complet ou temps partiel)
- le week-end : 5 agents postés
- les jours fériés (11 jours par an) : 3 agents postés

	Postes	Nbres de jour dans l'année	Nbre d'heures de travail	ETP
Lundi au vendredi	<b>10</b>	250	17 437,50	<b>11,21</b>
Samedi et dimanche	<b>5</b>	104	4 602,00	<b>2,96</b>
Jours fériés	<b>3</b>	11	321,75	<b>0,21</b>

<b>22 361,25</b>	<b>14,38</b>
------------------	--------------

La différence d'effectifs entre les deux options porte essentiellement sur 25 % des tâches réalisées par la cuisine, essentiellement au niveau des tâches de production.

En termes de dépenses, l'option 2 se révèle bien plus avantageuse que l'option 1 :

	Option 1	Option 2
Effectifs	18,68	14,38
Coût moyen agent base 2006	30 729 €	
Montant des dépenses de personnel actuelles	573 973 €	441 920 €
Coût moyen agent base projetée	32 000 € <sup>68</sup>	
Montant des dépenses de personnel projetées	597 714 €	460 199 €

Le différentiel entre l'option cuisine intégrée et l'option externalisation est loin d'être négligeable (il représente 23%). Il convient toutefois de relativiser cet écart dans la mesure où il est partiellement compensé par la hausse de matières premières liées à l'achat de produits finis prêts à l'emploi. Surtout, il suppose de reclasser le personnel actuellement affecté aux cuisines soit 17 ETP<sup>69</sup> ou de négocier des solutions autres (départs volontaires) notamment pour le personnel non titulaire. De fait, la solution de l'externalisation se traduira à court et moyen terme par une hausse des dépenses.

Il convient de préciser que l'opération de restructuration de la cuisine nécessite de s'appuyer sur une équipe solide et performante. Or l'équipe actuelle souffre d'une faiblesse structurelle, liée en partie à la forte proportion de personnel sous contrat précaire et au manque de consistance de l'organigramme. De fait, une politique de ressources humaines stimulante et motivante pour les membres de l'équipe de cuisine doit être impérativement menée.

---

<sup>68</sup> Une hausse du coût moyen par agent de 4,13% nous a semblé raisonnable compte tenu de l'augmentation de la valeur du point et des effets des mesures individuelles, dit GVT (glissement vieillesse technicité) comprenant les avancements d'échelon liés à l'ancienneté, les promotions de grade et de l'accès à un nouveau corps par le biais d'un concours. Le GVT négatif ou effet de Noria (remplacement des partants par des agents en principe en début de carrière et donc moins bien rémunérés) n'a pas été pris en considération compte tenu de la moyenne d'âge de l'effectif des cuisines (39.87 ans, Cf. annexe 9) et du pourcentage important de personnel non titulaire (50%).

<sup>69</sup> Ce chiffre inclut les 3,5 ETP affectés au portage de repas mais exclut les 4 ETP du service livraison et les 1,1 ETP de diététicienne (Cf. annexe 9)

### **2.3 Avantage au faire-faire concernant le niveau d'équipement**

Les deux options étudiées n'impliquent pas le même niveau d'équipements. L'option 1 nécessite la mise en place de matériels coûteux de production et de conditionnement pour un montant estimé de 234 635 € TTC (Cf. annexe 4.1). En revanche, l'option 2 se révèle bien moins onéreuse car elle s'élève de manière approximative à 106 435 € TTC (Cf. annexe 4.2). Eu égard à la situation financière actuelle de l'établissement, cet écart substantiel peut sembler relativement indifférent. En revanche, à l'avenir, il constitue un élément déterminant dans la mesure où l'établissement va connaître une insuffisance de trésorerie sur les exercices 2011 et 2012 du fait de la mise en œuvre de son plan directeur<sup>70</sup> [(Cf. annexe 6, plan global de financement pluriannuel (PGFP)].

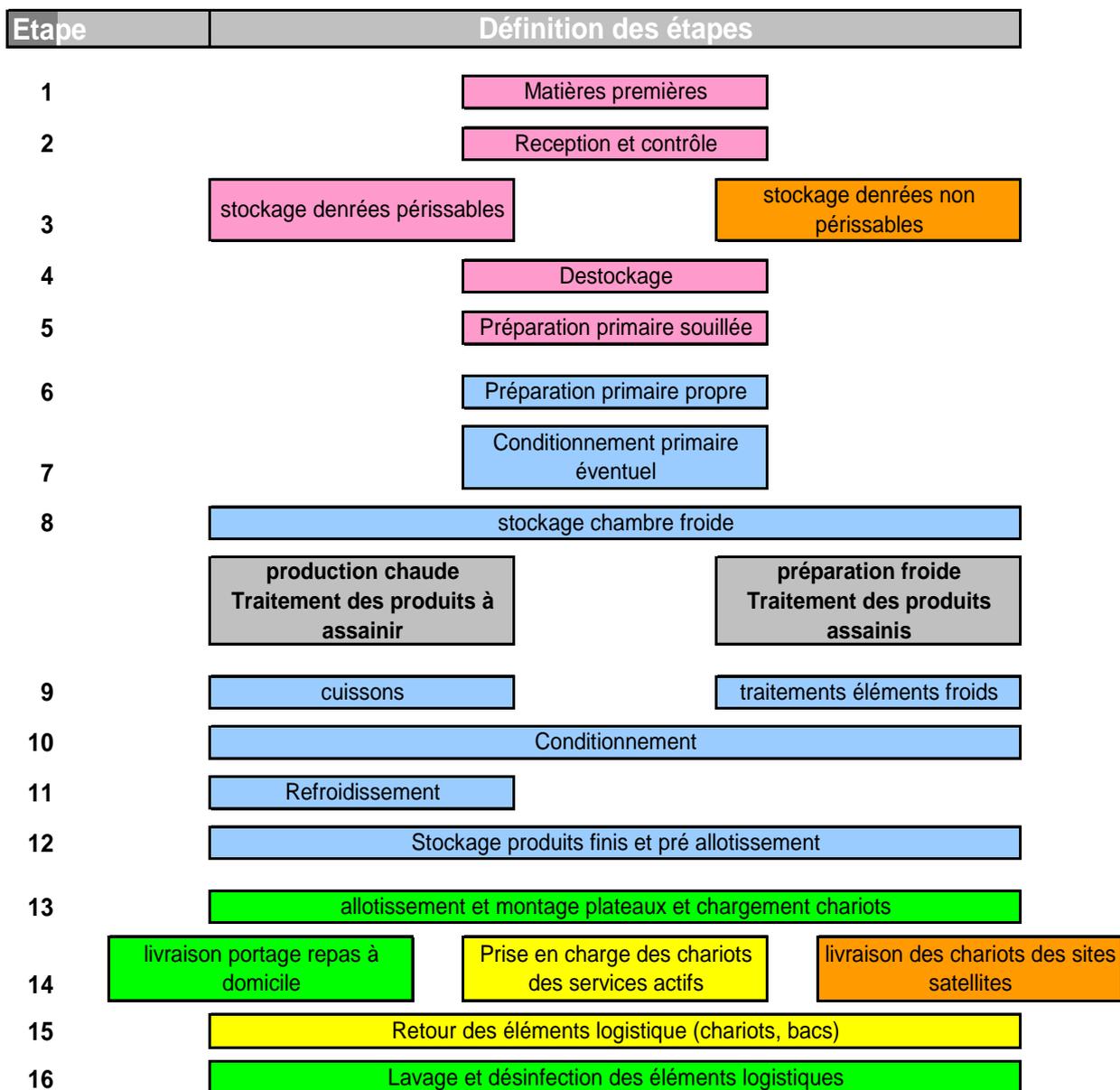
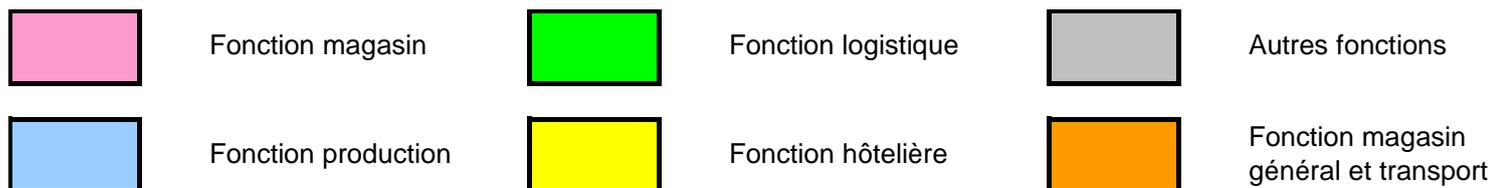
### **2.4 Avantage au faire-faire en matière d'organisation du travail**

Il s'agit de décrire le process de fonctionnement de la cuisine dans toutes ses étapes à l'aide des codes couleur suivants :

---

<sup>70</sup> L'établissement a sollicité une aide à la contractualisation dans le cadre du hôpital 2012 afin de faire face à ses surcoûts.

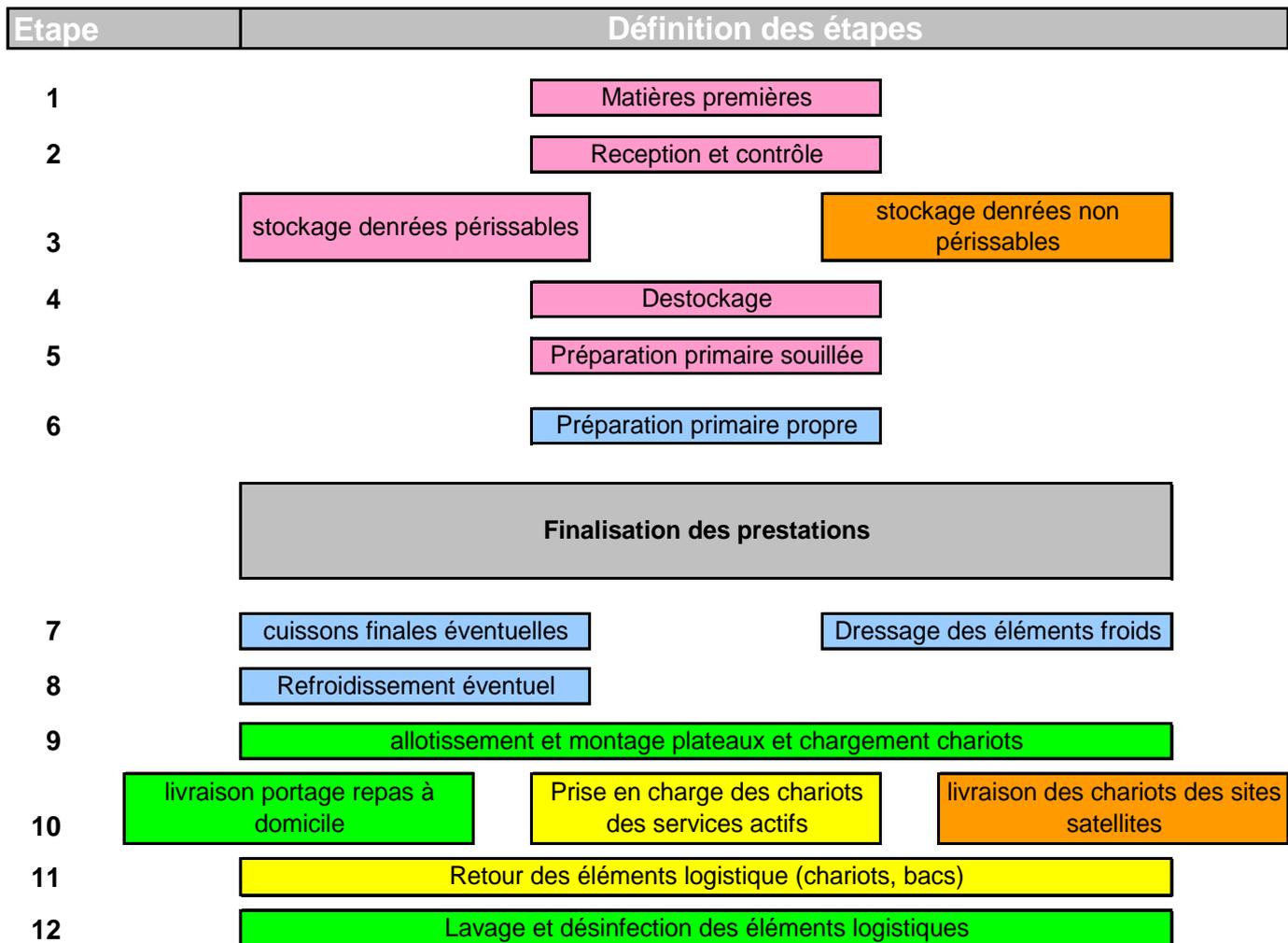
## Définition du process de la cuisine centrale dans le cadre de l'option 1



Source : Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul, COMMELIN E., Cabinet EC6 de février - mars 2008.

L'option 1 est basée sur une prise en charge globale de la fonction restauration de l'achat des matières premières jusqu'au lavage des matériels de distribution en passant par la réception des marchandises, la gestion de stock, les opérations d'allotissement et de montage de plateaux. Cette option se caractérise surtout, au niveau de ses process, par l'importance des fonctions de production.

L'option 2 est basée sur une organisation dédiée à la finalisation de la prestation en partie produite par un prestataire extérieur. Les fonctions de production sont limitées. En revanche, les fonctions de réception de marchandises, de gestion de stock, de montage plateaux et d'allotissement, de lavage des matériels de distribution sont maintenues.



Source : Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul, COMMELIN E., Cabinet EC6 de février - mars 2008.

## **2.5 L'équivalence des solutions d'infrastructures en matière de faire et de faire-faire : l'épineuse question du positionnement des cuisines (centrale ou relais)**

Lors de la phase d'audit, un bâtiment dit Blouet, de structure ancienne, inutilisé depuis quelques années et situé dans la cour de service du site principal de l'hôpital avait été identifié comme potentiel lieu de positionnement de la cuisine centrale (option 1) ou de la cuisine relais (option 2) compte tenu à la fois des surfaces disponibles<sup>71</sup> que des flux envisageables<sup>72</sup>. Par la suite, le projet d'établissement du CH de Toul et en particulier son plan directeur a décidé de dédier ce bâtiment Blouet à d'autres fonctions que la restauration<sup>73</sup>. De ce fait, il n'existe plus aujourd'hui de surfaces suffisantes permettant la construction d'une nouvelle cuisine centrale. En outre, le bâtiment Blouet étant un établissement vétuste, de nombreux et dispendieux travaux de mise aux normes (sols, murs porteurs, cloisons, toit, étanchéité, conformité incendie, conformité électrique etc....) auraient été nécessaires. Enfin, des liaisons verticales (ascenseur ou monte charge) auraient dû être créés ex nihilo. Pour toutes ces raisons ainsi que pour d'autres<sup>74</sup>, l'option 1 a été abandonnée alors même qu'elle présentait de sérieux atouts par rapport à l'option 2 (hypothèse haute). Les deux options étaient en effet très proches en terme de charges d'exploitation<sup>75</sup>. Si les frais d'investissements étaient beaucoup plus élevés pour l'option 1 (1 194 330 €) que pour l'option 2 hypothèse haute (667 155 €), seule l'option 1 donnait l'assurance au CH de Toul de conserver une totale maîtrise sur le rapport qualité / coûts de la prestation restauration dans le temps.

---

<sup>71</sup> Le bâtiment Blouet dispose de deux niveaux de 510m<sup>2</sup> environ. Dans le cadre de l'option 1, le niveau 0 aurait été alloué à la cuisine centrale alors que l'étage supérieur aurait accueilli des bureaux et la salle à manger du self. Dans le cadre de l'option 2, l'étage aurait été dédié à des bureaux, des salles de réunion. La salle à manger du self aurait été positionnée en limite de la cuisine relais au niveau 0.

<sup>72</sup> Les principaux flux analysés sont les suivants :

- Flux amont : livraison marchandises par les fournisseurs ;
- Flux aval : départ des livraisons par la cuisine et livraison éventuel du self situé au niveau 1
- Autre flux : accès personnel et clients du self
- Autre flux : accès zones techniques

<sup>73</sup> Notamment la création d'un logipôle au niveau 0 regroupant le magasin central, le magasin atelier ainsi que la pharmacie, actuellement délocalisée sur un site annexe. L'ensemble des services administratifs serait également regroupé à l'étage du bâtiment Blouet.

<sup>74</sup> Au titre des autres raisons justifiant la décision de l'établissement peuvent être citées notamment les difficultés d'encadrement et de recrutement qualifié au sein du personnel de cuisine ainsi que l'insuffisance de trésorerie de l'établissement sur les exercices 2011 et 2012 du fait de son opération majeure visant à construire un nouveau bâtiment pour étendre ses activités de soins (en particulier, création d'un service de soins à caractère gériatrique et d'un hôpital de semaine).

En effet, cette option garantit au CH de Toul la possibilité de faire évoluer la politique nutritionnelle et hôtelière de l'établissement en totale liberté. L'option 1 permet également de ne pas être soumis aux aléas de qualité et d'évolutions de tarifs d'un prestataire. Enfin, l'option 1 laisse ouverte la possibilité d'augmenter le niveau d'activité de production et de distribution de repas.

Mais si économiquement, l'option 1 est la plus intéressante, compte tenu des contraintes financières de l'établissement (qui a conclu un plan de retour à l'équilibre en janvier 2007) et de son projet architectural pour 2012 (qui vise à construire un nouveau bâtiment destiné aux soins, notamment de suite gériatriques ainsi qu'à l'ambulatoire), le CH de Toul a choisi de renoncer à l'idée de construire une nouvelle cuisine centrale. Désireux de préserver la qualité et la diversité de sa restauration ainsi que son personnel (en évitant tout reclassement difficile, lié à l'externalisation), le CH a préféré s'orienter vers l'étude d'une troisième voie.

---

<sup>75</sup> Pour mémoire, le prix du repas dans le cadre de l'option 1 s'élève à 4,97 € contre 5,02 € pour l'option 2 hypothèse haute.

### **3 Le dépassement du dilemme ou la troisième voie explorée par le CH de TOUL**

Le CH de Toul a choisi de dépasser la traditionnelle confrontation entre la cuisine autogérée intégralement et la sous-traitance totale ou partielle de la prestation restauration en s'intéressant à une nouvelle approche : l'hôtellerie hospitalière. Ce concept sera présenté dans ses grandes lignes puis nous nous pencherons sur les résistances à cette approche avant de conclure sur la tentative de dépassement de celles-ci par l'analyse de la valeur du projet.

#### **3.1 Présentation du concept de l'hôtellerie hospitalière**

Il s'agit d'une approche<sup>76</sup> d'amélioration de la prise en charge hôtelière des patients et résidents au travers du rapprochement des personnels de cuisine des sites de distribution des repas, à travers la création de cuisines de proximité au sein même des unités de soin. Elle repose sur l'idée qu'à l'heure actuelle, les personnels soignants ne considèrent pas la restauration comme leur cœur de métier et que, par conséquent, cette fonction est souvent traitée en mode dégradé, en termes de qualité (conditionnement plastique, remise en température en four micro-ondes...). Surtout, la liaison froide majoritairement adoptée par les établissements de santé limite et uniformise la gamme des produits proposés aux patients (produits frits, panés, en sauce) et servis sur un plateau « passe-partout ».

Ainsi, le projet d'hôtellerie hospitalière a pour ambition principale de mettre terme à une certaine « inhospitalité » de la restauration hospitalière<sup>77</sup> en plaçant le patient au cœur de l'organisation de la fonction restauration. Pour cela ses attentes et ses exigences sont nécessairement prises en compte pour la définition de la prestation repas. De même, les denrées nécessaires à la fabrication des repas sont achetées sous la forme de produits finis ou semi finis afin d'introduire une transformation des produits au plus près du service. Les produits sont ainsi cuisinés et dressés au plus près de la consommation, au cœur des services de soins, par des professionnels de cuisine, en tenue. Cette option est susceptible également de réduire le montant des investissements liés à la restructuration de la fonction restauration en concentrant les moyens humains et économiques sur la

---

<sup>76</sup> Cette approche est développée par le Cabinet EC6 dont le fondateur, Eric COMMELIN a notamment exercé des fonctions de responsable de restauration aux HCL. Il a également été président de l'UDIHR.

<sup>77</sup> QUARANTE O, « Une restauration trop inhospitalière », Alternative Santé – L'impatient, Janvier 2002, N°285, pp 10-12.

partie visible de la restauration pour les consommateurs.

Le concept d'hôtellerie hospitalière poursuit en fait deux objectifs souvent présentés comme antinomique : améliorer la prestation et réduire les coûts<sup>78</sup>. Il nous reste à examiner les modalités concrètes du concept à travers ses principales composantes.

### **3.1.1 L'hôtellerie hospitalière et l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle**

Dans le cadre de cette option 3, les plans alimentaires sont formalisés pour l'ensemble des services de soins et répondent aux préconisations des pouvoirs publics en termes de prise en charge nutritionnelle en tenant compte des habitudes alimentaires et des recommandations du GEMRCN, suivant les types de consommateurs, les pathologies, l'âge, la DMS, les besoins nutritionnels et les autres besoins et attentes tels que l'animation pour les personnes âgées ou l'évènementiel lié à la naissance d'un enfant pour les parturientes (Cf. annexe 11).

L'offre de choix (y compris les repas spécifiques diététiques) est proposée au plus proche de la consommation. Dans l'idéal, le choix est géré directement par les cuisiniers chargés de l'hôtellerie en service de soins dans la mesure où la production est réalisée dans les deux heures qui précèdent la distribution des repas.

Les menus sont adaptés aux contraintes et attentes des différents types de consommateurs et ils font l'objet d'une fabrication dans le cadre de remise en température de produits finis pour les plats cuisinés (produits prêts à l'emploi, frais ou surgelés).

D'ores et déjà au CH de Toul, une réflexion sur la base de deux semaines de menu à permis de rechercher les différentes gammes de produits, modes de cuissons, choix et stratégies d'achats envisageables sur les cuisines de proximité. Une large gamme de produits semi-finis ou finis présents sur le marché permettra d'optimiser la production et d'élaborer une carte de constants attractive et diversifiée.

---

<sup>78</sup> COMMELIN E., « Prise en charge hôtelière des patients et restauration des établissements de santé », Hospital, Avril 2006, pp. 37-38.

### **3.1.2 L'hôtellerie hospitalière et la professionnalisation de la main d'œuvre**

L'idée directrice de l'organisation de l'hôtellerie hospitalière repose sur le positionnement des cuisines de proximité dans les services de soins (services actifs ou services d'hébergement) pour une finalisation de la prestation au plus près des patients. Ainsi, l'équipe de cuisine recouvre la maîtrise complète du processus restauration (gestion des approvisionnements, réception et stockage des produits, préparations culinaires, dressage, service, débarrassage, plonge, prise de commande, communication avec les patients, entretien des locaux et des matériels...). Le concept permet ainsi de coller au plus près des besoins des patients dans les différentes unités de soins en termes de distribution de prestations alimentaires à toute heure de la journée et d'adapter le mode de service des repas (room service, self service).

Sur le CH de Toul, plusieurs variantes sont encore à l'étude concernant le nombre et la localisation de ces cuisines. L'hypothèse haute serait de prévoir une cuisine de proximité par étage, sur chaque site<sup>79</sup>. L'hypothèse basse se limite à prévoir une cuisine par site voire pas de cuisine du tout pour un site d'hébergement réduit en nombre de résidents<sup>80</sup>. L'hypothèse médiane pourrait être de prévoir une cuisine par sites annexes et deux cuisines pour le site principal en se gardant une possibilité d'aménager une troisième cuisine lors de l'ouverture du nouveau bâtiment.

Par souci de cohérence, nous proposons de retenir l'hypothèse médiane comme base de notre analyse de besoins en termes de ressources humaines :

#### **Présentation des besoins en terme de postage :**

##### **Cuisine de proximité de la Résidence RION :**

3 agents à temps plein 7 jours sur 7

1 agent à temps partiel 7 jours sur 7

##### **Cuisine de proximité de la Résidence LES OMBELLES :**

1 agent à temps plein 7 jours sur 7

##### **Cuisine de proximité N°1 du Centre Hospitalier Saint Charles :**

2 agents à temps plein 7 jours sur 7

##### **Cuisine de proximité N°3 du Centre Hospitalier Saint Charles :**

2 agents à temps plein 7 jours sur 7

---

<sup>79</sup> Soit 5 cuisines de proximité au total (1 dans chaque lieu d'hébergement : Résidence RION et Résidence les Ombelles) et 3 sur le site principal, l'hôpital St Charles (une cuisine par étage).

### Présentation des besoins en effectifs en terme d'ETP :

Localisation ou fonction	Durée de travail / jour	Durée de travail / an	ETP
Fonction responsable hôtelier	7,50 h	1558 h	1
Cuisine Résidence Rion	26,25 h	9221,25 h	5,93
Cuisine Résidence Les Ombelles	7,50 h	2737,50 h	1,76
Cuisine St Charles N°1	15,00 h	5475,00 h	3,52
Cuisine St Charles N°2	15,00 h	5475,00 h	3,52

Le principe de l'hôtellerie hospitalière est d'opérer un transfert des tâches de certaines missions de restauration prises en charge actuellement par les personnels soignants vers les agents de cuisine (Cf. annexe 6). Le volume horaire des charges de travail de la fonction restauration en services de soin représente l'équivalent de 66 heures de travail par jour sur l'ensemble de l'établissement soit 4,74 heures par service (sur la base de 14 services). On peut considérer que les tâches transférables des services de soins vers la cuisine représentent les 4/5 du temps de travail global en services de soins soit 19 400 heures par an (12,43 ETP). Ce transfert de tâche est de nature à permettre aux soignants de dégager du temps pour se recentrer sur leur cœur de métier. Il aurait pu aussi s'accompagner d'une réduction d'effectifs soignants (même si elle est difficile à mettre en œuvre) mais ce n'est pas l'objectif recherché par le CH de Toul.

La mise en place de l'organisation de la restauration sur la base du principe de l'hôtellerie hospitalière induit donc un besoin en personnels de cuisine chargés de l'hôtellerie de 15,74 ETP.

---

<sup>80</sup> Il s'agit du site des Ombelles qui ne compte que 48 résidents.

### **3.1.3 L'hôtellerie hospitalière et l'externalisation de la production pour un meilleur service**

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une organisation basée sur l'hôtellerie hospitalière, les produits alimentaires utilisés sont des produits finis ou semi finis. Le marché de l'industrie agro alimentaire est extrêmement riche et permet de disposer des produits nécessaires pour assurer l'approvisionnement des cuisines de proximité. Mais l'activité de l'établissement peut nécessiter des approvisionnements spécifiques pour réaliser la mise au point des régimes. De fait, un accroissement de l'ordre de 20% des dépenses de denrées alimentaires est attendu.

### **3.1.4 L'hôtellerie hospitalière et l'adaptation des équipements : de la cuisine centrale vers la cuisine de proximité**

Les besoins en termes d'équipements sont limités aux cuisines de proximité et au self<sup>81</sup>. Par rapport aux besoins en équipements lourds nécessaires dans le cadre d'une cuisine centrale, l'économie est importante. Celle-ci est par ailleurs majorée par l'utilisation de chariots de distribution des repas (dont le montant unitaire ne dépasse pas 2000 € TTC<sup>82</sup>), dénués de toute technique. Ces chariots de distribution neutres sont similaires à ceux utilisés dans les avions de tourisme, en structure aluminium sans technique embarquée<sup>83</sup>.

Afin d'introduire une certaine souplesse de fonctionnement dans le cadre des approvisionnements pour les entités de proximité des services actifs, un espace de réception des livraisons et de stockage provisoire des produits est indispensable. Si sa localisation reste discutée<sup>84</sup>, il devra comporter obligatoirement les éléments suivants :

---

<sup>81</sup> Site Les Ombelles : 45 790 €; site de Rion : 45 790 €; cuisine de proximité St Charles niveau 1 : 45 790 €; cuisine de proximité St Charles niveau 2 : 45 790 €; espace commun de réception et stockage 12 720 €; Montant total : 195 880 €

<sup>82</sup> Exemple de prix pour un chariot de marque SOCAMEL.

<sup>83</sup> Dans le cadre d'une cuisine centrale ou d'une cuisine relais, l'acquisition de chariots de remise en température air pulsé ou thermo contact s'impose. Elle implique également l'achat d'une borne dissociée positionnée en service de soins. Chez le fournisseur ELECTRO CALORIQUE par exemple, un tel chariot revient à 5400 € à 6900 €, selon la capacité et, la borne, à 5 950 € TTC.

<sup>84</sup> Il pourrait être situé soit sur le site principal de l'hôpital St Charles, soit un site annexe (Résidence RION par exemple), en fonction de l'espace disponible.

<b>Equipements</b>	<b>Surface indicative</b>	<b>Prix</b>
1 chambre froide produits finis (0 ; +3°C)	6 m <sup>2</sup>	4 000
1 chambre froide produits bruts (0 ; +3°C)	6 m <sup>2</sup>	4 000
1 chambre froide négative (- 18°C)	3 m <sup>2</sup>	4 000
2 ensembles rayonnage 4 niveaux	6 m <sup>2</sup>	720
<b>TOTAL</b>		<b>12 720</b>

### **3.1.5 L'hôtellerie hospitalière et la nouvelle organisation du travail : les transferts de tâches vers les cuisiniers et le recentrage des soignants sur leur cœur de métier**

Les tâches de prise en charge de la fonction restauration qui ne sont pas étroitement liées aux soins (par exemple, l'aide alimentaire ou le relèvement des malades) sont transférables aux cuisiniers chargés de l'hôtellerie. Ces agents font l'objet d'une formation adaptée<sup>85</sup> à leur nouveau poste à la fois au plan technique (savoir-faire) que relationnel (savoir-être). Dans le cadre de l'organisation de l'hôtellerie hospitalière, les cuisiniers chargés de l'hôtellerie hospitalière assurent chacun l'intégralité des tâches de restauration et de prise en charge hôtelière des patients et résidents. La mise en œuvre de la prestation restauration des personnels est maintenue sur le self actuel et prise en charge par l'équipe de cuisinier du site de Rion.

Ce transfert de tâches au profit des professionnels de cuisine participe du recentrage des soignants sur leur cœur de métier. Dans un contexte démographique tendu, il convient d'insister sur cet aspect, d'autant plus que les effectifs soignants en France sont inférieurs à la plupart de nos homologues européens<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> Par exemple, formation informatique pour la gestion de la commande des repas ; formation à la gestion de stock ; formation à la mise en oeuvre des productions finales et au dressage ; formation à la prise en charge des commandes avec les patients ; formation aux tâches de lavage et désinfection et de gestion de la plonge.

<sup>86</sup> L'effectif moyen par lit des personnels de soins aigus est de 1,64 personne par lit en France, contre 2,03 en Allemagne, 3,07 en Italie, 3,57 en Espagne et 6,5 au Royaume-Uni, Cf. HOLCMAN R., *La fin de l'hôpital public*, Editions Lamarre, p. 26.

### **3.1.6 L'hôtellerie hospitalière et son insertion au sein même des services de soin : les cuisines de proximité**

Alors qu'il était initialement prévu de dissocier une zone propre (de 15 à 20 m<sup>2</sup>) et une zone sale (de 9 à 12 m<sup>2</sup>) et un sas ou stockage intermédiaire sur chaque site, le groupe de travail N°1 en charge des locaux a choisi de retenir pour le bâtiment principal (hôpital St Charles) une zone sale dite laverie centralisée au rez-de-chaussée (RDC) du bâtiment principal. Cette option peut être critiquée dans la mesure où elle est basée sur une économie liée au recyclage des équipements de lavage actuels alors qu'ils sont déjà vétustes. De même, cela renvoie à une centralisation des déchets et cela suppose une équipe dédiée pour le transport et le lavage alors que l'équipe de cuisine aurait pu s'en charger. Pour les autres sites, la dichotomie local de production / local de nettoyage demeure.

Au niveau financier, un chiffrage estimatif de 2 200 € le m<sup>2</sup> pour l'aménagement de la zone propre, de 600 € pour la zone sale et le sas a été retenu comme base raisonnable d'analyse.<sup>87</sup>

En ce qui concerne la localisation géographique des cuisines de proximité, à ce stade de réflexion, elles pourraient se positionner ainsi

- de manière contigüe au self actuel sur le site de la résidence Rion ;
- dans le cadre d'une des salles à manger existante sur la résidence Les Ombelles ;
- dans le cœur du bâtiment St Charles, aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> étages, en limite des ascenseurs et monte-charges existants pour pouvoir desservir les services de soins (c'est-à-dire en lieu et place des offices alimentaires actuels).

A ce stade de la réflexion, seule la situation du site principal a véritablement été étudiée de manière approfondie (Cf. annexe 10). Un des points d'achoppement principal réside dans les salles de détente du personnel soignant. Constituer des cuisines de proximité de taille raisonnable (environ 24 m<sup>2</sup> pour la zone de travail et 12 m<sup>2</sup> pour le sas) implique de supprimer les salles de détente actuels des soignants. Or, à ce jour aucune solution de substitution ne peut leur être proposée.

---

<sup>87</sup> Soit un total de 153 m<sup>2</sup> d'aménagement à prévoir soit 292 800 € TTC pour les 3 sites

### 3.1.7 L'hôtellerie hospitalière et la nouvelle répartition des dépenses de restauration: une économie garantie ?

#### Présentation comparative des 3 options et de la situation actuelle (en €)

	Situation actuelle	Option 1	Option 2	Option 3
Frais de personnel	566 965	573 973	441 920	483 674
Matières premières	477 947	477 947	650 790	650 790
Dépenses diverses	59 342	59 342	59 342	35 054
Amortissement et frais financiers	33 739	119 511	91 143	37 228
Dépenses totales	1 137 992	1 230 773	1 243 196	1 206 746
Activité prévisionnelle	244 080	244 080	244 080	244 080
Coût par repas	4.66	5.04	5.09	4.94
<b>Ecart de dépenses d'une solution par rapport à l'autre</b>		<b>92 781</b>	<b>12 423</b>	<b>-36 450</b>
Investissement travaux		871 680	560 720	292 800
Investissement équipements		322 650	106 435	195 880
Investissements chariots		187 250	187 250	30 000
Total des investissements		1 194 330	667 155	518 680

Source : étude EC6 novembre-décembre 2007

Au vu de cette analyse sommaire opérée par le cabinet EC6 et dans l'attente de l'étude définitive prévue pour novembre 2008 du groupe de travail en charge de l'action 4 (Cf. annexe 7), il apparaît que l'option 3 dite d'hôtellerie hospitalière présente un avantage concurrentiel par rapport à l'option 2 d'externalisation et surtout au regard de l'option 1 de reconstruction d'une cuisine centrale.

Ainsi, la mise en place des cuisines de proximité dans les services actifs présente à première vue l'intérêt de disposer d'une prise en charge hôtelière de qualité, de réduire les niveaux d'investissement et de positionner le coût du repas à un niveau inférieur à la moyenne nationale. Mais en dépit de ces avantages apparents, le CH de TOUL va être confronté à une résistance au changement forte qui l'amène à reconsidérer la pertinence de sa position initiale. Il va s'aider pour cela des outils proposés par l'analyse de la valeur.

## 3.2 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du concept d'hôtellerie hospitalière et les solutions apportées par le CH de TOUL

Le CH de TOUL a été confronté de manière très forte à une résistance au changement. Celle-ci était certes prévisible, mais son ampleur et surtout sa persistance, en dépit de toutes les tentatives entreprises pour la surmonter, ont surpris. Ce phénomène l'a d'ailleurs poussé l'établissement à envisager la restructuration de sa fonction restauration sous un angle nouveau en privilégiant une solution dégradée. Le CH de Toul s'est aidé pour cela d'un outil original : l'analyse de valeur.

### 3.2.1 La troisième voie et la forte résistance au changement

La résistance est un phénomène quasi incontournable dans l'étude des réactions humaines au changement<sup>88</sup>. Au point que certains auteurs n'hésitent pas à écrire « Qui dit changement, dit résistance au changement »<sup>89</sup>. La résistance au changement organisationnel est définie, plus spécifiquement, selon Collerette, Delisle et Perron comme étant « l'expression implicite ou explicite de réactions de défense à l'endroit de l'intention de changement »<sup>90</sup>. La résistance au changement semble tellement naturelle que certains auteurs vont jusqu'à affirmer que l'absence de résistance est même plus inquiétante que sa présence. Ainsi, Brassard<sup>91</sup> suggère la nécessité de dépasser la seule problématique de la résistance qui ne permet pas d'expliquer rationnellement tous les phénomènes de blocage organisationnel.

Selon lui, la résistance serait une réponse rationnelle, du point de vue de l'acteur, dans un contexte donné. Elle mérite donc d'être apprivoisée en tant que manifestation et non en tant que résistance.

---

<sup>88</sup> En latin, le mot « resistere » : « sistere » signifie s'arrêter. Sa première signification provient des sciences physiques et signifie le phénomène physique qui s'oppose à une action ou un mouvement. Lorsqu'elle est appliquée aux personnes, la résistance signifie la qualité physique par laquelle on supporte aisément la fatigue ou les privations et qui permet de soutenir un effort intense ou prolongé. Dans le langage populaire, un caractère empreint de résistance signifie la fermeté, la force, la solidité et la ténacité. C'est lorsqu'on se tourne vers l'action humaine ou les sciences humaines que le terme résistance devient davantage coloré négativement. En contexte organisationnel, la résistance est synonyme de blocage, de frein, d'obstacle, obstruction et opposition, d'où vient sa signification traditionnelle.

<sup>89</sup> BAREIL C. et BOFFO C., « *Qui dit changement, dit préoccupation et non plus résistance* », Bien-être au travail et transformation des organisations: Actes du 12e congrès de psychologie du travail et des organisations, tome 3, Belgique, Presses universitaires de Louvain, 2003, p. 541-551.

<sup>90</sup> COLLERETTE P., DELISLE G. et PERRON R., *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1997, 173 p., cité par BAREIL C., « La résistance au changement : synthèse et critique des écrits », HEC Montréal, Cahier N° 04-10 – Août 2004, pp. 1-17.

En l'espèce, le CH de Toul est confronté à une résistance tant active que passive. Sous sa forme active, on retrouve dans le cadre des groupes de travail les refus, les critiques, les plaintes. Sous sa forme passive, on note des gestes d'opposition plus subtils et moins directs tels que le statu quo, la lenteur, les rumeurs et le ralentissement. Le groupe de travail N°1 sur les locaux cristallise le maximum d'opposition. L'ensemble des débats se concentre sur la problématique du MCO, la question de la gériatrie étant complètement laissée de côté en considérant que « le problème, c'est St Charles ». Ainsi, le tiers des membres du groupe de travail remet en cause l'utilité de sa présence aux réunions. Au sein des acteurs représentant le MCO, on note des opposants déterminés, qui ne semblent guère s'intéresser à la valeur potentielle du projet car leur motivation principale (parfois même affichée) est de s'opposer à l'implantation d'une cuisine de proximité à leur étage. Les indifférents ne semblent pas comprendre l'utilité du projet. Quant au reste des acteurs (les déchirés), s'ils peuvent dans l'absolu l'apprécier sur un plan conceptuel, ils estiment que le bâtiment actuel est trop exigu pour accueillir ces cuisines de proximité, sauf à « empiéter sur les chambres des malades » ou à supprimer les salles de détente existantes.

Parmi les supporteurs, figurent le chef de projet, représentant le CH de Toul et le cabinet de consultant à l'initiative du concept d'hôtellerie hospitalière. Le chef de projet, convaincu de l'intérêt de l'option 3 peine à créer un climat d'écoute réciproque, pourtant essentiel à la gestion de projet<sup>92</sup>, tant il est confronté à l'hostilité des opposants au projet. Les réunions mensuelles sont également marquées par l'attitude prépondérante du cabinet de consultant. Ce dernier semble véritablement mener les débats de manière partisane.

Sa position se comprend d'autant plus aisément qu'il est particulièrement intéressé par l'aboutissement de son projet. Son concept a émergé trois ou quatre années auparavant au vu des articles de presse qui l'annoncent<sup>93</sup> mais jusqu'à présent, il était encore à la recherche d'un établissement susceptible de le mettre en œuvre. Il paraît surtout préoccupé par le MCO et le bâtiment principal de l'hôpital St Charles au détriment des préoccupations de la gériatrie alors même que les résidents occupent les deux tiers des lits de l'établissement.

---

<sup>91</sup> BRASSARD, A., *Une autre façon de regarder le phénomène de la résistance au changement dans les organisations*, Tome 1 : Changements organisationnels, collection Gestion des paradoxes dans les organisations, Canada : Presses InterUniversitaires, 1996, p. 3-15, cité par BAREIL C., « La résistance au changement : synthèse et critique des écrits », HEC Montréal, Cahier N° 04-10 – Août 2004, pp. 1-17.

<sup>92</sup> MESNARDS (des) P.-H., *Réussir l'analyse de la valeur*, Editions d'Organisation Eyrolles, 2008, p.44.

<sup>93</sup> COMMELIN E., « Prise en charge hôtelière des patients et restauration des établissements de santé », Hospital, Avril 2006, pp. 37-38 ; COMMELIN E., « Externaliser en interne : la nouvelle approche », Décideur Cuisine, Février 2005, p. 2 et 3.

Certes, les acteurs du CH de Toul ont de nombreuses raisons de résister au changement. En ce qui concerne l'équipe de cuisine, il s'agit de quitter une zone de confort et de s'aventurer vers de nouvelles avenues, souvent empreintes d'incertitude. D'autant plus que les cuisiniers de formation pourtant minoritaires en nombre au sein de l'équipe (trois agents seulement) ne sont absolument pas attirés par l'aspect primordial du service qui est inhérent au concept d'hôtellerie hospitalière, à la différence des agents du service de distribution qui semblent davantage apprécier le contact avec le patient. En outre, il s'agit de s'adapter à de nouvelles tâches et responsabilités. Le passage à une cuisine d'assemblage est particulièrement mal ressenti au sein de l'équipe de cuisine qui craint d'être cantonnée à un rôle d' « ouvrier de boîtes ».

S'agissant des services de soin, la crainte initiale que le transfert de tâches au profit des agents de cuisine ne s'accompagne d'un transfert d'effectifs a été surmontée grâce à l'engagement donné par la direction de ne procéder à aucune suppression de postes dans les services de soins. D'autres appréhensions sont venues s'ajouter par la suite notamment la peur des nuisances sonores et olfactives liées au fonctionnement des cuisines dans les services de soin. De même, la disparition des offices alimentaires dans le cadre du projet et la réduction de la surface voire la suppression des salles de détente a également engendré un certain nombre d'oppositions. Enfin, et surtout, le personnel soignant, en particulier les services MCO sont fermement opposés à l'idée de repas servis par des professionnels de cuisine au sein même des chambres des patients.

En outre, si l'alimentation est véritablement un soin, se pose la question du transfert de tâches des soignants vers les agents de cuisine. Certes, toutes les tâches ne sont pas transférables (en particulière l'aide alimentaire ou le relèvement du malade couché), il n'en demeure pas moins que l'approche soignante du repas se distingue radicalement d'une « approche cuisinante » par une attention particulière à l'environnement extérieur au repas, et notamment aux non-dits du patient qui peuvent témoigner d'une souffrance cachée. Ainsi, l'entrée dans la chambre du patient pour y déposer un plateau repas est envisagée, pour le soignant, comme l'opportunité de détecter des besoins autres que nutritionnels.

Selon Collerette, Delisle et Perron, la gamme du changement peut aller du respect intégral des résistances, ce qui signifie le retrait pur et simple du projet de changement pour, par exemple, le proposer à nouveau à un moment plus opportun. On peut également ignorer totalement les résistances, ce qui signifie l'imposition, en passant par toute une série d'actions plus ou moins radicales. Entre les deux, il y a les stratégies de diminution ou d'élimination des résistances. Parfois, on privilégie de tolérer les manifestations de résistance.

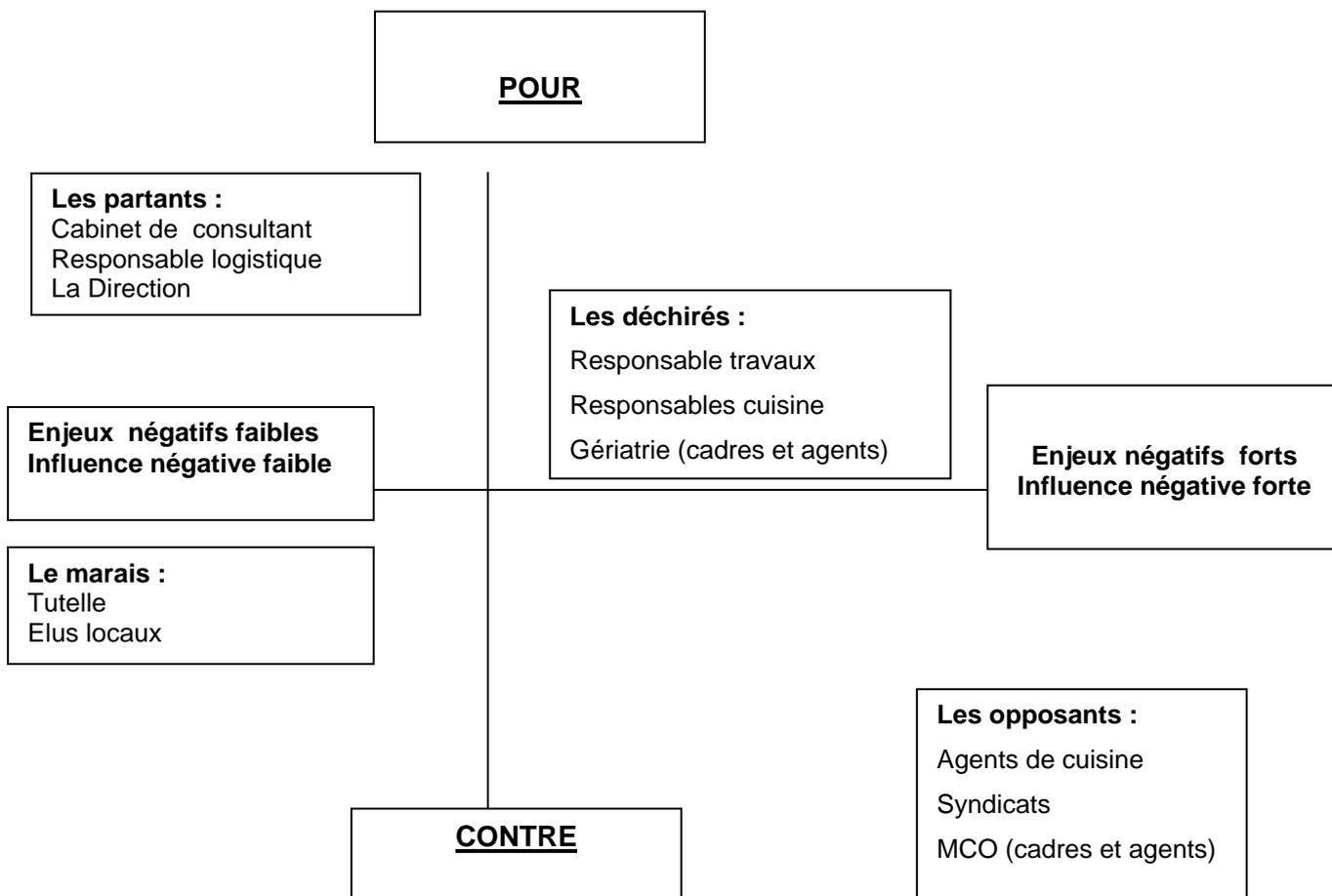
Si l'on a souvent pu dire que « les gens ne résistent pas au changement mais davantage à la façon dont il est implanté » tant les causes majeures des échecs sont liées à une mise en œuvre défectueuse ou maladroite du changement, tel ne fut pas la situation au CH de Toul. En effet, un effort réel d'accompagnement, de consultation et d'information a été mené par la direction de l'établissement. A l'instar des théories formulées par Coch et French<sup>94</sup>, le groupe concerné par le changement a été réuni régulièrement, il leur a été communiqué efficacement le besoin de changer et leur participation dans la planification du changement a été planifiée.

Néanmoins, après plusieurs mois de réunions des groupes de travail, la situation semblait figée et l'impression de « ne pas avancer » revenait régulièrement parmi les critiques formulées à l'encontre du projet. Pourtant, les différentes techniques pour faire face à la résistance au changement avaient été mises en œuvre. Ainsi, une cartographie détaillée des acteurs a été élaborée à la fois au regard des enjeux que des influences des acteurs par rapport à la situation.

---

<sup>94</sup> COCH, L. et J. R. P. Jr. FRENCH., *Overcoming Resistance to Change, Human Relations*, 1, 1947-1948, p. 512-532, cité par BAREIL C., *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*, HEC Montréal, Cahier N° 04-10 – Août 2004, pp. 1-17.

**Carte des positions au regard des partisans et des opposants au projet par rapport aux enjeux<sup>95</sup> et aux influences<sup>96</sup>**



Les partants : regroupent les personnes qui ont plus à gagner qu'à perdre dans la réalisation du projet : ils sont donc favorables au projet, ils accompagnent le mouvement et le facilitent ;

Le marais : désigne la catégorie des attentistes dont les enjeux positifs ou négatifs sont faibles à ce stade du projet ;

Les opposants : concernent les acteurs qui ont plus à perdre qu'à gagner dans le projet : ils sont donc défavorables au projet ;

Les déchirés : regroupent les agents qui mettent en balance les enjeux positifs et négatifs et qui hésitent avant de se décider. Cette catégorie peut regrouper des acteurs qui négocient leur participation en fonction d'intérêts propres (ex : avancement).

<sup>95</sup> L'enjeu représente la situation en termes de gains et de pertes pour l'acteur dans la mise en œuvre du projet. Les enjeux ne sont pas seulement basés sur des jeux de pouvoir, d'autres facteurs peuvent influencer (habitudes, craintes, système de valeur). Les enjeux sont souvent cachés ou exprimés sous des formes indirectes ; Cf. LAUDE-ALIS L., *Dossier pédagogique d'organisation et management hospitalier*, 2007, EHESP, p. 54.

Dans un souci de simplification, les enjeux et influences respectives des acteurs n'ont pas été distingués.

<sup>96</sup> L'influence renvoie aux ressources que l'acteur peut mobiliser soit pour faire avancer le projet, soit pour le contrarier ; ibid.

Il est loisir de reprendre les propos d'Abrahamson<sup>97</sup> afférents à la « résistance du changement » pour qualifier la tendance actuellement trop marquée pour « la destruction créative » ou le changement radical et « le syndrome du changement répétitif ». L'idée est que les changements accélérés des dernières années ont fait en sorte que les gens ne résistent plus au changement mais résistent à la multitude des changements qui s'abattent constamment sur eux<sup>98</sup>.

Sur le CH de Toul, l'impression dominait que la résistance semblait véritablement liée au changement annoncé, à sa complexité et au fait que ce changement « ne faisait pas sens ». A tel point que l'opportunité du changement a pu même être évoqué par certains. Plutôt que de prendre le risque de suivre « le cycle du deuil du changement »<sup>99</sup> et de se confronter à une résistance pérenne qui ne s'épuiserait pas et n'aboutirait pas dans des délais raisonnables à l'intégration du projet, a émergé l'idée d'adopter une solution intermédiaire.

### **3.2.2 L'appel aux outils de l'analyse de valeur : la solution médiane**

La direction, convaincue de la nécessité du changement en raison notamment des impacts de la dénutrition sur la DMS de l'établissement (d'ores et déjà supérieure à la moyenne nationale, notamment en service de médecine), a décidé de revenir aux besoins initiaux des utilisateurs en utilisant la méthode et les outils de l'analyse de valeur. Ce recours lui a permis de dégager une solution médiane, mieux adaptée aux besoins actuels des utilisateurs et aux contraintes des locaux.

Avant d'analyser concrètement l'utilisation des outils d'analyse de valeur dans l'établissement de référence, il importe de présenter rapidement la démarche.

---

<sup>97</sup>Change without Pain: How managers can overcome initiative overload, organizational chaos, and employee burnout, ABRAHAMSON, E. Boston, Harvard Business School Press, 2004, 218 p, cité par BAREIL C., La résistance au changement : synthèse et critique des écrits, HEC Montréal, Cahier N° 04-10 – Août 2004, pp. 1-17.

<sup>98</sup> Sous la direction de MUCCHIELLI Alex et BOURION C., *Est il possible d'infléchir le changement*, Editions ESKA, septembre 2005, 270 pages.

<sup>99</sup> Ce cycle du deuil comprend 5 phases : déni de réalité, résistance, décompensation, résignation et intégration.

- A) Présentation succincte de l'analyse de valeur : d'une origine plutôt industrielle à son application au domaine de la santé

L'analyse de la valeur est une méthode de conception ou de « reconception » des produits et de services qui permet à ceux-ci d'assurer, au moindre coût, la satisfaction du besoin de l'utilisateur<sup>100</sup>. Le souci de l'économie, le calage strict sur le besoin et le marché, l'analyse fonctionnelle, l'approche pluridisciplinaire de la conception et le travail de groupe, la mobilisation efficace de l'information et la créativité sont au cœur de la méthode. L'analyse de la valeur, par sa démarche, ses concepts et ses outils, constitue une approche systémique de l'évaluation et de la conception des produits et services<sup>101</sup>.

Née en 1947 à la Général Electric à la suite des travaux de L.D. MILES, l'analyse de la valeur a vite été utilisée par les industriels ayant à faire face à des défis économiques et stratégiques importants. De l'Airbus au Minitel ou à la fusée ARIANE, du bâtiment à l'industrie textile, des constructeurs automobiles à la vente par correspondance, les applications de l'analyse de la valeur se multiplient avec succès dans tous les secteurs industriels et de service<sup>102</sup> y compris les hôpitaux<sup>103</sup>. Envisageons à présent son intérêt pour le projet restauration du CH de Toul.

- B) Intérêt de l'analyse de valeur en l'espèce : l'adoption d'une solution différenciée pour les clients et les résidents

Alors que dans le plan d'action initial du CH de Toul présenté à la MEAH en avril 2008, les clients de MCO et les résidents n'ont pas été dissociés, il nous a paru indispensable dans le cadre de l'analyse de valeur d'opérer une distinction entre ces deux formes de patientèle tant leurs besoins respectifs diffèrent. En effet, l'établissement ne compte qu'un tiers de lits MCO (la durée de séjour de ces patients est par définition courte) alors qu'il est composé aux deux tiers des résidents amenés « à profiter » des services de la restauration pendant de nombreuses années.

---

<sup>100</sup> Voir à ce sujet l'ouvrage de MESNARDS (des) P.-H., *Réussir l'analyse des besoins*, Editions d'organisation Eyrolles, 2007, 148 pages.

<sup>101</sup> Voir à ce sujet l'ouvrage de MESNARDS (des) P.-H., *Réussir l'analyse de valeur*, Editions d'organisation Eyrolles, 2008, 164 pages.

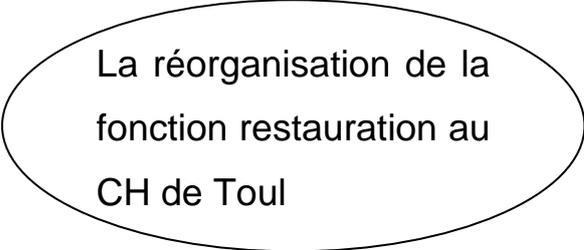
<sup>102</sup> En 1978, une Association française pour l'analyse de la valeur (AFAV) est constituée en France, rassemblant les divers praticiens de la méthode. Des normes sont établies en 1985. L'une d'entre elle, portant sur le Cahier des charges fonctionnel (CdCF) mérite une attention toute particulière dans la mesure où la Commission Centrale des Marchés (pour les marchés publics) recommande désormais officiellement l'usage de ce CdCF. Depuis 1999, une nouvelle norme européenne (NF EN 12973) propose un élargissement de la perspective des approches "Valeur" avec notamment la promotion du MANAGEMENT PAR LA VALEUR.

<sup>103</sup> GRANDHAYE J.P., POISSON P., « Le management par la valeur pour concevoir et rédiger un projet d'établissement hospitalier », Le cas du projet chirurgie de l'hôpital Jean Monnet d'ÉPINAL, Congrès international AFAV 2001.

En outre, le taux de satisfaction varie également entre les deux catégories. En effet, les clients de MCO sont, dans l'ensemble, très satisfaits de la prestation actuelle (à 87,5%, rappelons-le, ce qui place l'établissement parmi les mieux notés au plan national) alors que les résidents sont plus réservés sur la prestation actuelle (67%). En outre, les clients MCO semblent rechercher davantage le choix et la variété que la proximité des cuisines à la différence des résidents pour lesquels l'animation joue un rôle fondamental. Enfin, et surtout, les besoins nutritionnels en service actif (hors médecine gériatrique) et en service d'hébergement sont sensiblement différenciés. De fait, l'application des outils d'analyse de valeur présente l'intérêt de renouveler la réflexion sur le projet restauration.

Le processus d'analyse de valeur comprend cinq phases. La cinquième phase, dénommée «Valoriser les fonctions» qui vise à établir le coût par fonction pour l'organisation cible et à le comparer à l'organisation cible ne sera pas exposée dans la mesure où cette phase n'a pas encore débuté au CH de Toul. Elle n'interviendra qu'à compter des mois d'octobre-novembre 2008 (Cf. annexe 7). Avant d'examiner les quatre premières phases, il convient de préciser la cible de l'étude et les milieux extérieurs concernés par la cible.

**La cible :**



La réorganisation de la  
fonction restauration au  
CH de Toul

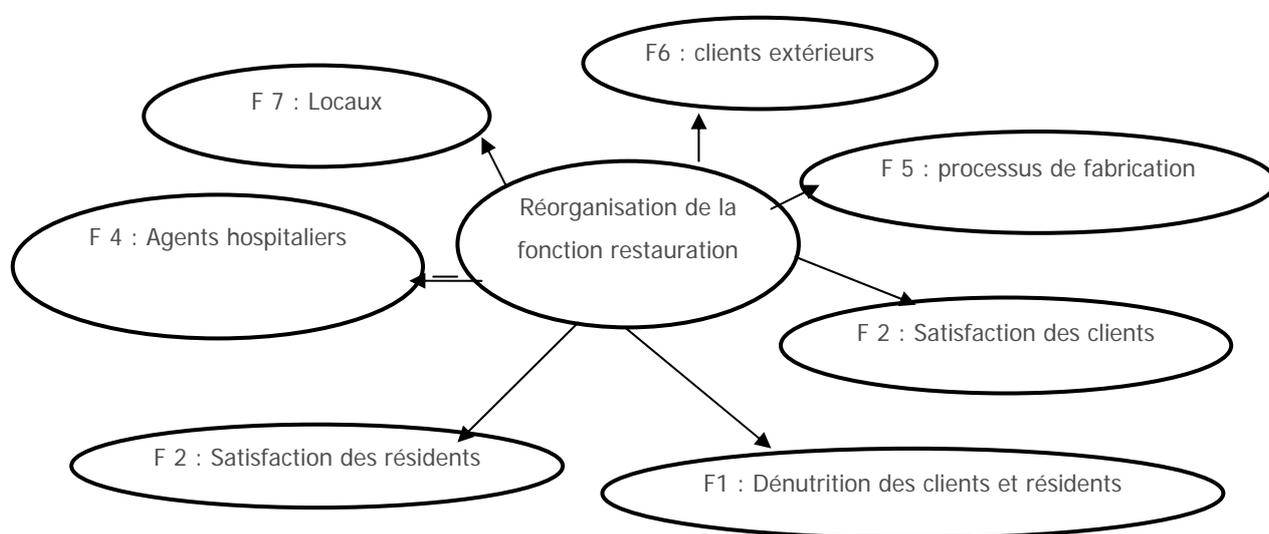
La cible est la réorganisation de la fonction restauration au CH de Toul en raison des contraintes de locaux liées à la mise en œuvre du projet d'établissement 2008-2012 et en particulier du plan directeur. Les objectifs du projet sont notamment d'améliorer la qualité, de diminuer la dénutrition des patients de MCO et des résidents, d'optimiser les coûts.

**Les milieux extérieurs concernés par cette cible sont les suivants :**

- La matière première
  - fournisseurs de produits finis et semi-finis (gammes 3, 4 et 5)
  - contrainte de prix
  - contraintes de conditionnement (éviter les gaspillages)
  
- Les clients extérieurs
  - portage de repas à domicile et à l'hôpital de jour (HDJ), basé à Toul mais dépendant du Centre psychothérapique de Nancy (CPN)
  
- Les clients de court séjour
  - satisfaits des prestations actuelles à 87,5%
  - durée de séjour courte (<10 jours)
  
- Les résidents
  - satisfait des prestations actuelles à 65%
  - durée de séjour longue (>1 an)
  
- Les processus de fabrication
  - pas de stockage de produits préparés mais non consommés le jour même
  - passage de la liaison froide à la liaison chaude
  - matériel et équipement de cuisson : changement requis pour les différentes productions
  
- Les locaux
  - les 3 sites d'hébergement et de soins ont chacun des contraintes de locaux spécifiques

L'analyse de valeur débute par une première phase dite d'identification des fonctions. Le but ultime de l'analyse de valeur étant la recherche de la meilleure satisfaction au meilleur coût, les fonctions sont matérialisées par des actions visant principalement à diminuer des coûts (d'où l'emploi de termes tels que «supprimer», «diminuer»), ou à accroître la satisfaction (d'où l'utilisation des termes «créer», «augmenter»). Les locaux sont une contrainte en l'espèce.

### Phase 1 : Identifier les fonctions



**F1 : diminuer la dénutrition des résidents et des clients de court séjour**

**F2 : améliorer la satisfaction des résidents**

**F3 : améliorer la satisfaction des clients de court séjour**

**F4 : recentrer les soignants et les agents de cuisine sur leurs cœurs de métiers respectifs en augmentant les tâches soins des soignants et les tâches restauration des agents de cuisine**

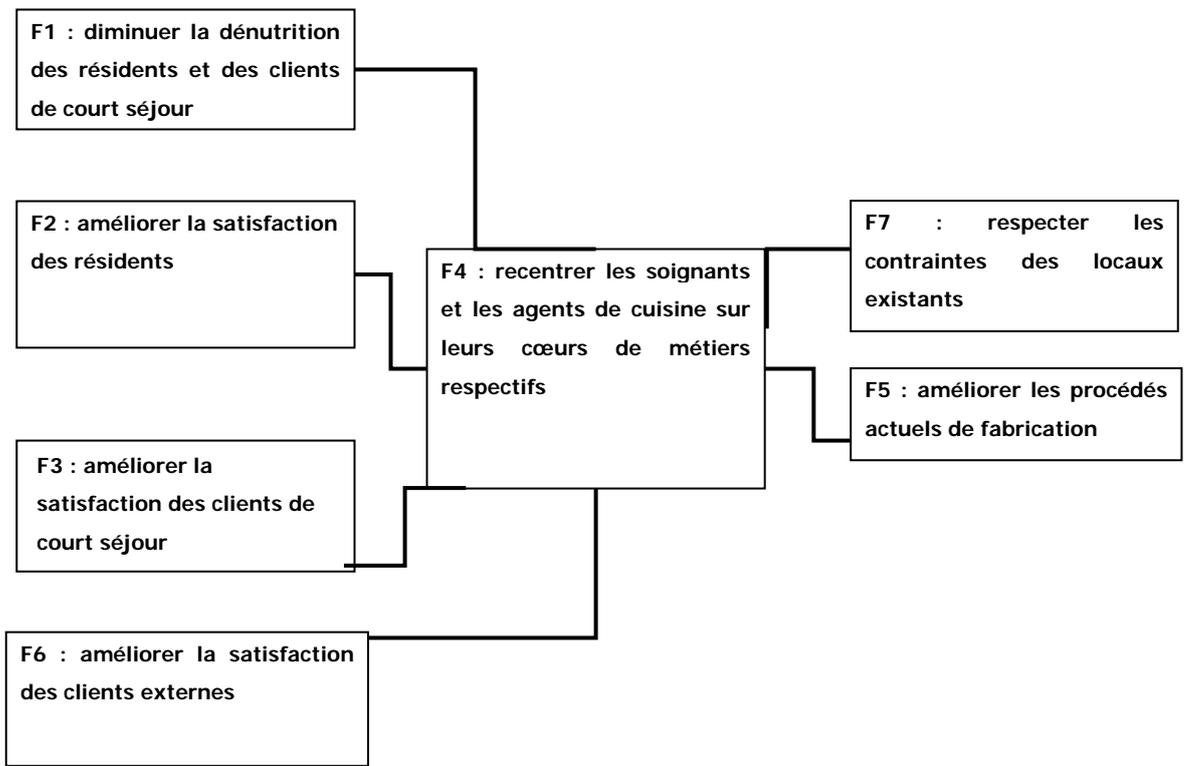
**F5 : améliorer les procédés actuels de fabrication**

**F6 : améliorer l'activité de portage de repas**

**F7 : respecter les contraintes des locaux existants**

Après l'identification des fonctions, débute la seconde phase qualifiée d'arbre décisionnel qui vise à ordonner les fonctions selon leur caractère plus ou moins stratégique ou plus ou moins opérationnel. Le stratégique répond à la question « pourquoi » et l'opérationnel à la question « comment ».

**Phase 2 : Ordonner les fonctions ou l'arbre décisionnel**



**Stratégique**

**Opérationnel**

La phase 3 dite de caractérisation des fonctions vise à déterminer les critères mesurables de performances à atteindre en évitant la « sur-performance », source de surcoût et sans incidence notable sur la satisfaction. C'est pourquoi sont adjoints aux critères des niveaux de grandeurs mesurables ou objectifs et des indices de flexibilité plus ou moins impératifs.

### Phase 3 : Caractériser les fonctions

Fonction	Critère	Niveau ou grandeur	Flexibilité ( 0 à 3)
F1 Diminuer la dénutrition des résidents et clients de MCO	Réduire la perte de poids pendant le séjour Veiller à ne pas excéder les durées de jeûne recommandé	Recommandations du GEMRCN	0 1
F2 : améliorer la satisfaction des résidents	Qualité (en particulier des viandes, des potages et des desserts) Goût Choix et respect du choix Horaires du repas (du soir, en particulier) Aide au repas Présentation du plat Quantité Respect du régime Température du plat variété	Objectif de satisfaction équivalent voire supérieur au court séjour pour tous les critères	0 2 1 0 0 2 2 0 0 1
F2 : améliorer la satisfaction des clients de court séjour	Qualité (en particulier des viandes, des potages et des desserts) Goût Choix et respect du choix Horaires du repas (du soir, en particulier) Aide au repas Présentation du plat Quantité Respect du régime Température du plat Variété	Objectif de satisfaction à maintenir voire à améliorer pour certains critères	0 1 1 0 0 2 1 0 0 1
F4 : recentrer les soignants et les agents de cuisine sur leurs cœurs de métiers respectifs	Diminuer le temps de travail des soignants consacré à la fonction restauration pour les recentrer sur leur mission principale de soin ; professionnaliser les agents de cuisine en augmentant les tâches restauration	Transfert de tâches à effectifs constant	0
F5 : améliorer les procédés actuels de fabrication	Utiliser les produits finis ou semi-finis de l'industrie agroalimentaire	Gammes 3 à 5	1
F6 : améliorer la satisfaction des clients externes	Portage de repas à domicile Portage de repas à l'hôpital de jour du CPN	Satisfaction non mesurée à ce jour	1 3
F7 : respecter les contraintes des locaux existants	Restructuration dans le cadre des locaux existants (pas de construction neuve)	Contrainte identique sur les 3 sites	0

#### Légende :

0 : pas de flexibilité ; 1 : flexibilité faible ; 2 : flexibilité forte ; 3 : flexibilité maximale

La phase 4 dite de hiérarchisation des fonctions vise à déterminer les fonctions prioritaires en distinguant les fonctions fondamentales sans lesquelles le besoin n'est pas réalisé (coefficient 3), les fonctions importantes sans lesquelles le besoin sera réalisé mais avec risque ou difficulté (coefficient 2) et les fonctions utiles (dont la non réalisation n'a pas d'incidence sur le besoin (coefficient 1). Pour cela, les fonctions sont comparées les unes aux autres et se voient attribuer des indices d'importance de 1 (légèrement >) à 3 (très nettement >) en passant par 2 (moyennement >) : on hiérarchise les fonctions par rapport aux impacts « attendus du projet », avec l'œil du client.

#### Phase 4 : Hiérarchiser les fonctions

	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Total	%
F1	F1 (1)	F1 (3)	F1 (3)	F1 (3)	F1 (3)	F1(1)	14	27%
	F2	F2(3)	F2 (3)	F2 (1)	F2 (3)	F7	10	20%
		F3	F4 (2)	F3 (3)	F6 (1)	F7	6	12%
			F4	F4 (3)	F4 (3)	F7	6	12%
				F5	F5(1)	F7	1	2%
					F6	F7	1	2%
					F7		14	25%
							51	100%

**Légende :**

F1 : diminuer la dénutrition des résidents et des clients de court séjour

F2 : améliorer la satisfaction des résidents

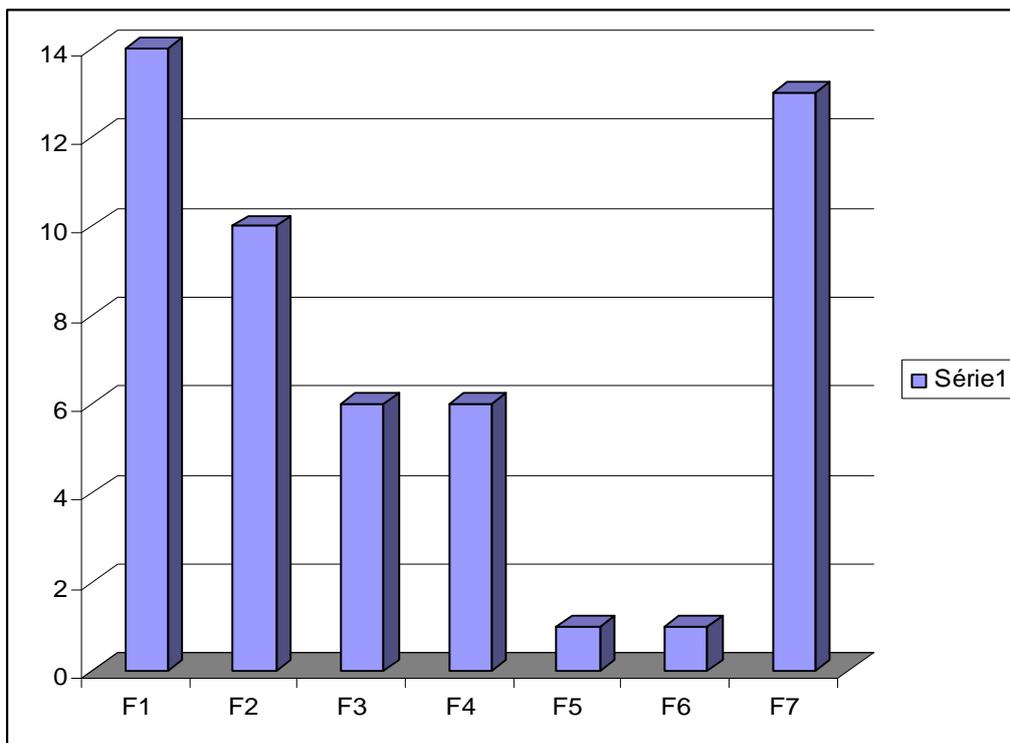
F3 : améliorer la satisfaction des clients de court séjour

F4 : recentrer les soignants et les agents de cuisine sur leurs cœurs de métiers respectifs

F5 : modifier les procédés actuels de fabrication

F6 : améliorer la satisfaction des clients extérieurs

F7 : respecter les contraintes des locaux existants



**Légende :**

**F1 : diminuer la dénutrition des résidents et des clients de court séjour**

**F2 : améliorer la satisfaction des résidents**

**F3 : améliorer la satisfaction des clients de court séjour**

**F4 : recentrer les soignants et les agents de cuisine sur leurs cœurs de métiers respectifs**

**F5 : modifier les procédés actuels de fabrication**

**F6 : améliorer la satisfaction des clients extérieurs**

**F7 : respecter les contraintes des locaux existants**

Il ressort clairement de la phase de hiérarchisation que les fonctions 1 (dénutrition des résidents et clients) et 2 (améliorer la satisfaction des résidents) sont les fonctions prioritaires sur lesquels l'accent doit être posé. La hiérarchisation a également permis de se poser la question de la pertinence du maintien d'un service de portage à domicile. A l'heure de la T2A, l'hôpital peut-il encore se permettre de se substituer aux organismes associatifs ou privés défaillants en la matière ? D'autant plus qu'à l'heure actuelle, aucune évaluation de la satisfaction des résidents n'est opérée.

La phase de hiérarchisation a également souligné la contrainte des locaux qui est très forte, en l'espèce. Il s'agit même du cœur de la problématique à résoudre. L'établissement connaît, en effet, une pénurie de surfaces foncières susceptibles d'accueillir des cuisines de proximité au sein même de tous les services de soins sauf à penser que cela se fasse au détriment de chambres de malades ou qu'il faille sacrifier les salles de détente du personnel.

Cette situation va conduire la direction du CH de Toul à envisager une solution médiane ou intermédiaire à mi parcours de l'étude de faisabilité. En effet, s'il est permis de penser que la nouvelle approche d'hôtellerie hospitalière est tout à fait pertinente pour les résidents, sa valeur ajoutée est, dans l'immédiat, plus nuancée concernant le MCO. Rappelons que les clients de MCO sont, dans l'ensemble, très satisfaits de la prestation actuelle (à 87,5%, ce qui place l'établissement parmi les mieux notés, au plan national). En outre, les clients MCO semblent rechercher davantage le choix et la variété que la proximité des cuisines, à la différence des résidents pour lesquels l'animation joue un rôle fondamental.

Ainsi, l'établissement va décider de s'orienter vers la mise en place de deux cuisines de proximité sur son site principal. En revanche, les professionnels de cuisine se contenteront de préparer les repas (en liaison chaude) qui demeureront servis, au sein des chambres des patients, par les soignants. Cette approche plus restrictive ne préjuge évidemment pas de la suite et notamment des projets d'extension de l'établissement, lesquels permettront peut-être, à l'avenir, d'abriter des cuisines de proximité sur les trois niveaux du site principal et surtout d'accueillir plus sereinement du personnel de cuisine au sein même des chambres des patients. En l'état actuel, une animation ponctuelle, suivie d'une entrée dans les chambres des patients par un binôme soignant – personnel de cuisine est à l'étude même si elle ne recueille pas l'unanimité au sein des groupes de travail.

En ce qui concerne les deux sites de gériatrie, ils accueilleront chacun leur propre cuisine de proximité. L'idée de repas servis par des professionnels de cuisine au sein des salles à manger, voire dans les chambres des résidents, ne suscite, à l'inverse des services actifs, aucune opposition de principe.

En définitive, cette approche différenciée des services actifs et des services d'hébergement s'est avérée la plus pertinente, au fur et à mesure de l'avancement des travaux des groupes de travail respectifs, compte tenu des besoins respectifs des clients et des résidents, ainsi que des attentes des soignants.



## Conclusion

Confronté à la nécessité de restructurer sa fonction restauration, le CH de Toul a choisi une voie innovante et audacieuse. Plutôt que de se limiter aux solutions existantes (construction d'une nouvelle cuisine centrale ou externalisation), l'établissement a préféré s'engager dans des voies originales et inexpérimentées.

Il convient toutefois de souligner que le parcours vers une troisième voie en matière de restauration, dite d'hôtellerie hospitalière est semé d'embûches. Le CH de Toul est confronté à une résistance au changement particulièrement forte tant de la part des personnels de cuisine que des soignants. En outre, l'établissement doit impérativement résoudre la problématique des locaux, en particulier sur son site principal et dans l'attente d'une extension prévue par le projet d'établissement 2008-2012.

Dans cette perspective le CH s'oriente vers une solution médiane ou intermédiaire. Ainsi, dans un premier temps, compte tenu des contraintes fortes de locaux, les services d'hébergement seront envisagés de manière prioritaire, l'implantation des cuisines de proximité dans tous les services aigus pouvant être différée, compte tenu du degré d'insatisfaction relativement faible des clients de MCO par rapport aux résidents.

En définitive, s'il est prématuré, en l'état actuel, de répondre précisément à la question posée en titre du présent mémoire (dans la mesure où l'étude de faisabilité ne s'achèvera qu'en février 2009), il est néanmoins permis de s'interroger de manière approfondie sur la bien-fondé et la viabilité de cette troisième option. A l'heure actuelle, la faisabilité en termes de locaux a été démontrée sur la base de quatre cuisines de proximité dont deux sur le site principal dédié au MCO. De même, la qualité et la diversité des produits finis et semi-finis proposés par l'industrie agroalimentaire ont pu être appréciées grâce à des visites d'usines, suivies de dégustations sur place. Il reste à ce jour à étudier précisément l'impact de cette troisième voie au niveau des ressources humaines et, in fine, au plan économique compte tenu des trois éléments précités (coût total en termes de locaux, produits et ressources humaines). L'enjeu principal - la dénutrition des résidents et des clients - justifie pleinement une analyse exhaustive de cette voie originale dite d'hôtellerie hospitalière dans la mesure où, ni la sous-traitance de la fonction restauration, ni l'autogestion d'une cuisine n'ont jusqu'à présent démontré leur supériorité en matière nutritionnelle. Surtout, dans un contexte démographique tendu, seule cette troisième voie est en mesure de répondre au recentrage des soignants sur leur cœur de métier.



---

# Bibliographie

---

## Textes

Règlement 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, Arrêté du 29 septembre 97 relatif aux conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social

## Jurisprudence

CE 16 janvier 1995, centre hospitalier général de Grasse c/ M. X., consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

## Ouvrages

COSSON C., *Sécurité et vigilance alimentaire à l'hôpital*, Editions ENSP, 2002.

CROZIER M, FRIDBERG E., *L'acteur et le système*, Seuil, 1977, 436 pages.

COLLERETTE P., DELISLE G. et PERRON R., *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1997, 173 pages.

BRASSARD, A., *Une autre façon de regarder le phénomène de la résistance au changement dans les organisations*, Tome 1 : Changements organisationnels, collection Gestion des paradoxes dans les organisations, Canada : Presses InterUniversitaires, 1996, p. 3-15.

HART J., MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital : diagnostic de crise et traitement de choc*, Edition Lamarre, août 2006, 167 pages.

HOLCMAN R., *La fin de l'hôpital public*, Editions Lamarre, 102 pages.

MESNARDS (des) P.-H., *Réussir l'analyse de la valeur*, Editions d'Organisation Eyrolles, 2008, 164 pages.

MESNARDS (des) P.-H., *Réussir l'analyse des besoins*, Editions d'organisation Eyrolles, 2007, 148 pages.

MUCCHIELLI Alex et BOURION C., *Est il possible d'infléchir le changement*, Editions ESKA, septembre 2005, 270 pages.

### **Articles**

AVERTY K., « Une nouvelle approche hospitalière », *Collectivités Express*, Mars 2005, N°188, p. 50.

BAILLE Y., « L'alimentation à l'hôtel-Dieu de Marseille au début du XIX<sup>e</sup> siècle », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, N°123, Mars 2007, pp. 50 et s.

BANCA, B., « *Restauration hospitalière : les recettes du succès* », *Décision Santé*, Janvier 2007, pp. 18 et s.

BAREIL C., « La résistance au changement : synthèse et critique des écrits », HEC Montréal, Cahier N° 04-10 – Août 2004, pp. 1-17.

BENANTEUR Y., « La sous-traitance des fonctions logistiques en milieu hospitalier : un enjeu complexe dans un contexte budgétaire contraint et structurant », *Logistique Hospitalière*, N° spécial, 2004, pp. 41-48.

BOUSIGUES J.-Y., FREXINOS J., « Un chirurgien diététicien au XVIII<sup>e</sup> siècle », *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, N°123, Mars 2007, pp. 38 et s.

BAREIL C., « La résistance au changement : synthèse et critique des écrits », HEC Montréal, Cahier N° 04-10 – Août 2004, pp. 1-17.

COMMELIN E., « Prise en charge hôtelière des patients et restauration des établissements de santé », *Hospital*, Avril 2006, pp. 37-38.

COMMELIN E., « Externaliser en interne : la nouvelle approche », *Décideur Cuisine*, Février 2005, p. 2 et 3.

COSSON C., « Garantir la sécurité alimentaire, une exigence absolue à l'hôpital », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 32-38.

COUET C., « Les comités de liaison alimentation nutrition », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 39-40

DALLERY Yves, « Les méthodes de la logistique industrielle au service de la santé - Apports et limitations, Ingénierie de la Santé » — Ecole Centrale Paris – 26 mai 2004.

FREXINOS J., « L'alimentation dans les hospices civils de Toulouse au début du XIX<sup>e</sup> siècle », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, p. 53 et s.

GUILLAUME J.-P., « Les prémisses d'une révolution » Supply Chain Magazine, N°6, 2006

HOLCMAN R., « La dysorganisation, un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs et qui les satisfait », Revue française de gestion N°184, 2008.

LANDRY Sylvain et BEAULIEU Martin, « Logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ? », Cahier de recherche n°1, Janvier 2001, HEC Montréal.

MARCATEL T., « Application de la gestion des risques en restauration collective hospitalière », Techniques Hospitalières, N°667, juin 2002, pp. 29-31.

NARDIN A., « L'hôpital face à la question de l'alimentation, » Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 33 et s.

QUARANTE O., « *Une restauration trop inhospitalière* », Alternative Santé – L'impatient, Janvier 2002, N°285, pp 10-12.

REGENT L., « Histoire de l'alimentation dans les hôpitaux de Rouen, du Moyen Age à la veille de la seconde guerre mondiale », Revue de la société française d'histoire des hôpitaux, N°123, Mars 2007, pp. 44 et s.

SZEKELY C., « Coordonner l'action médicale et logistique, l'expérience du CLAN de l'hôpital René-Muret-Bigottini », Revue Hospitalière de France, N°4, Juillet-Aout 1999, p. 79.

VERMEULEN E, « Enjeux stratégiques liés à l'amélioration de la qualité de la logistique », Supplément au Pharmacien Hospitalier, 2000, p. 30-31.

### **Thèse, mémoires**

CHARDON V., *L'utilisation des outils de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences pour résoudre les difficultés d'un service : l'exemple de la cuisine relais de Quimper*, mémoire EDH 2005, consultable sur le site Internet de l' EHESP, 70 pages.

LAGARDERE E., *La démarche qualité comme dynamique d'un projet de rénovation de la fonction alimentation à l'hôpital*, mémoire EDH 1998, consultable sur le site Internet de l' EHESP, 84 pages.

LECOMTE F., *La restructuration du système de restauration au CHR de Rennes : une opportunité pour concevoir la qualité du service alimentaire dans les unités de soins*, 1993, mémoire de directeur des soins, consultable sur le site Internet de l' EHESP, 66 pages.

HASSAN Taher, *Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique*, thèse de doctorat, LYON I, février 2006,

### **Actes de colloques, congrès**

BAREIL C. et BOFFO C., « *Qui dit changement, dit préoccupation et non plus résistance* », Bien-être au travail et transformation des organisations: Actes du 12e congrès de psychologie du travail et des organisations, tome 3, Belgique, Presses universitaires de Louvain, 2003, p. 541-551.

GRANDHAYE J.P., POISSON P., « Le management par la valeur pour concevoir et rédiger un projet d'établissement hospitalier », Le cas du projet chirurgie de l'hôpital Jean Monnet d'ÉPINAL, Congrès international AFAV 2001.

## **Rapports**

*Etude de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul*, COMMELIN E., Cabinet EC6 de février - mars 2008.

*Etude complémentaire de faisabilité, technique, économique et organisationnelle dans le cadre de la restructuration de la cuisine centrale du CH de Toul*, COMMELIN E., Cabinet EC6 de novembre – décembre 2007.

DREES, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, Dossier solidarité et santé, 2008, N°4, 119 pages.

DREES, *Hôpitaux et cliniques en mouvement, Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients*, N°633, Avril 2008, 8 pages.

MEAH, *Organisation de la fonction restauration à l'hôpital, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, décembre 2006, 191 pages.

MEAH *Organisation de la restauration dans les hôpitaux et cliniques*, Rapport d'étape, Phase 1, 2005, 76 pages.

## **Divers**

LAUDE-ALIS L., *Dossier pédagogique d'organisation et management hospitalier*, 2007, EHESP, 64 pages.

*La restauration hospitalière dans les établissements publics de santé*, support de formation des Élèves Directeurs d'Hôpitaux, ENSP, juin 2006.

## **Documentaires**

Alimentation et nutrition en établissement de santé ou d'hébergement, Edition ENSP, 2005.

Restauration : améliorer la prestation au service des patients, MEAH, 2008.

## **Sites internet**

[www.ehesp.fr/](http://www.ehesp.fr/) (visité le 10 juillet 2008)

<http://www.legifrance.gouv.fr> (visité le 20 août 2008)

[www.meah.sante.gouv.fr/](http://www.meah.sante.gouv.fr/) (visité le 25 août 2008)

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm> (visité le 13 août 2008)

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1 : DIAGNOSTIC RESTAURATION DU CH DE TOUL**

**ANNEXE 2 : EXTERNALISATION AUPRES DU CHU DE NANCY**

**ANNEXE 3 : COMPTES D'EXPLOITATION DES OPTIONS 1 ET 2**

**ANNEXE 4 : LISTE DES EQUIPEMENTS NECESSAIRES DANS LE CADRE DES  
OPTIONS 1 ET 2**

**ANNEXE 5 : PGFP DU CH DE TOUL (EXTRAITS)**

**ANNEXE 6 : RESSOURCES HUMAINES SOIGNANTES MISES EN ŒUVRE POUR LA  
FONCTION RESTAURATION**

**ANNEXE 7 : PLAN D'ACTION DU CH DE TOUL DANS LE CADRE DU PROJET  
D'HOTELLERIE HOSPITALIERE**

**ANNEXE 8 : RESULTATS ENQUETES DE SATISFACTION (FEVRIER 2008)**

**ANNEXE 9 : EFFECTIFS ET QUALIFICATION DES AGENTS DE LA RESTAURATION**

**ANNEXE 10 : ETUDE D'IMPLANTATION DE CUISINE DE PROXIMITE (ST CHARLES)**

**ANNEXE 11 : BESOINS ET ATTENTES AUTRES QUE NUTRITIONNELS DES  
PATIENTS AU CH DE TOUL**

## ANNEXE 1 : DIAGNOSTIC RESTAURATION DU CH DE TOUL

N°REF	Indicateur	CH TOUL	Données nationales Meah		
			Moyenne	Fourchette Basse	Fourchette Haute
<b>INFORMATION</b>					
<b>Généralités</b>					
I.1	Mode de gestion	1			
I.2	% de lits et places de MCO	29%			
I.3	Type de liaison ( F:froide ; C:chaude)	F			
I.4	Avis, jugement sur la prestation par l'équipe de management	4			
I.5	Nbre de lits et places total	313			
I.6	Effectifs (postes ETP restauration)	21,2			
<b>Production</b>					
I.7	Nbre repas midi + soir	255 924			
I.8	Nbre repas pondérés total	285 824			
I.9	ratio des périphériques	12%			
<b>Nutrition</b>					
I.10	% Coût diététique par repas pondéré	0%			
I.11	Nbre de types de régimes	12			
<b>Recette atténuative</b>					
I.12	Prix ticket moyen repas personnel Hôpital	2,95			
I.13	Prix ticket moyen repas personnel Extérieur	6,22			

N°REF	Indicateur	CH TOUL	Données nationales Meah		
			Moyenne	Fourchette Basse	Fourchette Haute
<b>RESULTAT</b>					
<b>QUALITE - score</b>					
<b>SCORE QUALITE</b>		9,2			
<b>Sécurité - Hygiène</b>					
RH.1	% d'analyses microbiologiques non conformes	3	3,4	1	4
<b>Santé - Nutrition</b>					
RN.1	Existence d'outils pour la surveillance alimentaire	1		0	1
RN.2	Grille GEMRCN	3	2,8	1	4
RN.3	Existence d'un CLAN	1		0	1
<b>SCORE NUTRITION</b>		3,2			
<b>Satisfaction - Service</b>					
RS.1	note enquête	3	2,1	1	4
<b>PRIX</b>					
<b>Coût</b>					
RC.1	Prix total repas fabriqué	4,75	4,3	2,74	6,88
RC.2 b	Prix total repas distribué	4,91	5,05	3,3	7,01

N°REF	Indicateur	CH TOUL	Données nationales Meah		
			Moyenne	Fourchette Basse	Fourchette Haute
<b>PROCESSUS</b>					
	<b>Méthode</b>				
P.1	Hygiène	3			
P.2	Analyses microbiologiques - fréquence	2			
P.3	Analyses microbiologiques - nombre de prélèvements	1			
P.4	Score régimes, textures	2			
	<i>Nb régimes / Nb de repas hospitaliers servis en %</i>	34,6%			
P.5	Prestation	3			
P.6	Service	3	2,9	1	4
P.7	Mesure de la satisfaction	3			
	<b>SCORE METHODE</b>	2,88			
<b>STRUCTURE</b>					
	<b>Matière</b>				
SMA.1	Score Coût matière par repas pondéré (€)	4	2	1,24	2,66
	<i>Coût matière par repas pondéré</i>	1,52			
SMA.2	Type d'approvisionnement	3			
	<b>Main d'oeuvre</b>				
SMO.1	Score Nb de repas pondérés /Nb d'heures travaillées (fabrication)	3	12,7	3	25,4
SMO.2	Score Nb de repas pondérés / Nb d'heures travaillées total (avec distribution)	4			
SMO.3	Nb d'ETP cadre / Nbre total d'agents en cuisine	4			
SMO.4	Absentéisme	4	11,51%	1%	33%
	<i>Nb de repas pondérés /Nb d'heures travaillées (fabrication)</i>	10,6			
	<i>Nb de repas pondérés / Nb d'heures travaillées total (avec distribution)</i>	7,5			
	<i>Nbre d'heures annuel d'absentéisme / nb d'heures annuel de travail</i>	3,8%			
	<i>Frais de personnel (fabrication) / nb repas pondéré (€)</i>	1,63			
	<i>Frais de personnel total (distribution) / nb repas pondéré (€)</i>	4,20			
	<b>SCORE MAIN D'ŒUVRE</b>	3,71			
<b>MILIEU</b>					
SMI.1	Monobloc	3			
SMI.2	Nombre d'UCPA	1			
SMI.3	Nombre d'offices	15			
SMI.4	Saisonnalité - écart type	3			
SMI.5	Nombre de selfs personnel	1			
SMI.6	<i>Frais de fonctionnement / nb de repas pondérés (€)</i>	0,06			
SMI.7	<i>Dont consommables de fabrication / nb de repas pondérés (€)</i>	0,01			
SMI.8	<i>Amortissement / nb de repas pondérés</i>	0,11			
	<b>SCORE MILIEU</b>	3,25			

## ANNEXE 2 EXTERNALISATION AUPRES DU CHU DE NANCY

Les tarifs proposés par le CHU de Nancy sont les suivants :

		Tarif proposé par le prestataire
<b>Entrée</b>		
Tarif 1	Entrée simple (céleri vinaigrette)	0.18 € HT
Tarif 2	Entrée élaborée (asperge sauce mousseline)	0.77 € HT
<b>Plat protidique</b>		
Tarif 1	Plat protidique simple (omelette champignons)	0.44 € HT
Tarif 2	Plat protidique élaboré (veau strogonoff)	2.47 € HT
<b>Plat d'accompagnement</b>		
Tarif 1	Plat d'accompagnement simple (coquille salée)	0.10 € HT
Tarif 2	Plat d'accompagnement élaboré (endive béchamel)	1.52 € HT
<b>Dessert</b>		
Tarif 2	Dessert élaboré (pithiviers)	0.61 € HT

A cela s'ajoute des frais de livraison d'un montant de 50 à 55 € HT par livraison

Il convient de distinguer deux hypothèses : une hypothèse basse et une hypothèse haute en fonction des tarifs et des plats proposés par le CHU de Nancy.

## 2.1 Hypothèse basse d'externalisation partielle auprès du CHU de Nancy

Hypothèse basse		Tarif proposé par le prestataire	Nombre d'éléments par an	Chiffre affaire brut	Pourcentage d'achat à l'extérieur par le CH de Toul 42,10%	Chiffre affaire net
<b>Entrée</b>			234 624	111446,4	42,10%	46 919
Tarif 1	Entrée simple	0,18	117312	21116,16		
Tarif 2	Entrée élaborée	0,77	117312	90330,24		
<b>Plat protidique</b>			234 624	341377,92	42,10%	143 720
Tarif 1	Plat protidique simple	0,44	117312	51617,28		
Tarif 2	Plat protidique élaboré	2,47	117312	289760,64		
<b>Plat d'accompagnement</b>			234 624	190045,44	42,10%	80 009
Tarif 1	Plat d'accompagnement simple	0,1	117312	11731,2		
Tarif 2	Plat d'accompagnement élaboré	1,52	117312	178314,24		
<b>Dessert</b>			65 520	39967,2	42,10%	16 826
Tarif 2	Dessert élaboré	0,61	65 520	39967,2		
<b>Sous total</b>						287 474
Coût proposé pour une livraison sur la base d'une livraison par jour		55	365			20075
<b>Total général</b>						307 549

## 2.2 Hypothèse haute d'externalisation partielle auprès du CHU de Nancy

Hypothèse haute		Tarif proposé par le prestataire	Nombre d'éléments par an	Chiffre affaire brut	Pourcentage d'achat à l'extérieur par le CH de Toul 42,10%	Chiffre affaire net
<b>Entrée</b>			234 624	134517,76	42,10%	56 632
Tarif 1	Entrée simple	0,18	78208	14077,44		
Tarif 2	Entrée élaborée	0,77	156416	120440,32		
<b>Plat protidique</b>			234 624	420759,04	42,10%	177 140
Tarif 1	Plat protidique simple	0,44	78208	34411,52		
Tarif 2	Plat protidique élaboré	2,47	156416	386347,52		
<b>Plat d'accompagnement</b>			234 624	245573,12	42,10%	103 386
Tarif 1	Plat d'accompagnement simple	0,1	78208	7820,8		
Tarif 2	Plat d'accompagnement élaboré	1,52	156416	237752,32		
<b>Dessert</b>			65 520	39967,2	42,10%	16 826
Tarif 2	Dessert élaboré	0,61	65 520	39967,2		
<b>Sous total</b>						353 984
Coût proposé pour une livraison sur la base d'une livraison par jour		55	365			20075
<b>Total général</b>						374 059

## **ANNEXE 3 : COMPTES D'EXPLOITATION DES OPTIONS 1 ET 2**

### **3.1 Présentation du compte d'exploitation de l'option 1 :**

activité restauration 2006		244 080	
Rubrique coût exploitation cuisine	2006		
COMPTES	TOTAL	Coût moyen par repas	Sous total par rubrique
FRAIS DE PERSONNEL	573 973,20	2,352	573 973,20
ACHATS DE DENREES ALIMENTAIRES	477 946,62	1,958	477 946,62
COMBUSTIBLES	0,00	0,000	59 342,13
PETIT MATÉRIEL HÔTELIER	0,00	0,000	
USAGE UNIQUE UTILISÉ PAR LA RESTAURATION	0,00	0,000	
PRODUITS D'ENTRETIEN ET DE DÉSINFECTION	0,00	0,000	
AUTRES FOURNITURES HÔTELIÈRES	0,00	0,000	
EAU ET ASSAINISSEMENT	2 803,00	0,011	
ENERGIE ET ÉLECTRICITÉ	1 969,00	0,008	
AUTRES FOURNITURES NON STOCHABLES (GAZ)	11 001,00	0,045	
FOURNITURES NON STOCKÉES, PETITS MATÉRIELS ET OUT	26,00	0,000	
AUTRES ACHATS NON STOCKÉS	5 256,00	0,022	
CRÉDIT-BAIL MOBILIER - AUTRES	0,00	0,000	
LOCATIONS MOBILIÈRES - EQUIPEMENTS	0,00	0,000	
LOCATIONS MOBILIÈRES - AUTRES	0,00	0,000	
MAINTENANCE LOGICIEL DE PRODUCTION	0,00	0,000	
PERSONNEL EXTÉRIEUR	0,00	0,000	
ALIMENTATION À L'EXTÉRIEUR	0,00	0,000	
AUTRES PRESTATIONS DIVERSES	20 405,00	0,084	
ENTRETIEN-MAINTENANCE INT MATÉRIEL DE REST	5 191,85	0,021	
ENTRETIEN ET RÉPARATIONS - AUTRES MATÉRIELS	0,00	0,000	
MAINTENANCE - AUTRES	12 690,28	0,052	
AMORT. INSTALLATIONS TECHNIQUES, MATÉRIEL ET OUT	19 586,00	0,080	100 786,00
AMORT. Travaux de la cuisine centrale	43 584,00	0,179	
AMORT. IMMOBILISATIONS - TRAVAUX	14 153,00	0,058	
AMORT. Equipement de la cuisine centrale	23 463,00	0,096	
FRAIS FINANCIERS	0,00	0,000	
		<b>4,966</b>	<b>1 212 048</b>

### 3.2 Présentation du compte d'exploitation de l'option 2, hypothèse basse :

Rubrique coût exploitation cuisine	2006			
	COMPTES	TOTAL	Coût moyen par repas	Sous total par rubrique
FRAIS DE PERSONNEL	441 920,50	1,811	441 920,50	
ACHATS DE DENREES ALIMENTAIRES par le Centre Hospitalier	276 731,00	1,134	584 280,36	
Achats de produits finis auprès du prestataire	307 549,36	1,260		
COMBUSTIBLES	0,00	0,000		
PETIT MATÉRIEL HÔTELIER	0,00	0,000		
USAGE UNIQUE UTILISÉ PAR LA RESTAURATION	0,00	0,000		
PRODUITS D'ENTRETIEN ET DE DÉSINFECTION	0,00	0,000		
AUTRES FOURNITURES HÔTELIÈRES	0,00	0,000		
EAU ET ASSAINISSEMENT	2 803,00	0,011		
ENERGIE ET ÉLECTRICITÉ	1 969,00	0,008		
AUTRES FOURNITURES NON STOCHABLES (GAZ)	11 001,00	0,045		
FOURNITURES NON STOCKÉES, PETITS MATÉRIELS ET OUT	26,00	0,000		
AUTRES ACHATS NON STOCKÉS	5 256,00	0,022		
CRÉDIT-BAIL MOBILIER - AUTRES	0,00	0,000		59 342,13
LOCATIONS MOBILIÈRES - EQUIPEMENTS	0,00	0,000		
LOCATIONS MOBILIÈRES - AUTRES	0,00	0,000		
MAINTENANCE LOGICIEL DE PRODUCTION	0,00	0,000		
PERSONNEL EXTÉRIEUR	0,00	0,000		
ALIMENTATION À L'EXTÉRIEUR	0,00	0,000		
AUTRES PRESTATIONS DIVERSES	20 405,00	0,084		
ENTRETIEN-MAINTENANCE INT MATÉRIEL DE REST	5 191,85	0,021		
ENTRETIEN ET RÉPARATIONS - AUTRES MATÉRIELS	0,00	0,000		
MAINTENANCE - AUTRES	12 690,28	0,052		
AMORT. INSTALLATIONS TECHNIQUES, MATÉRIEL ET OUT	19 586,00	0,080		
AMORT. Travaux de la cuisine relais	28 036,00	0,115		
AMORT. IMMOBILISATIONS - TRAVAUX	14 153,00	0,058		72 418,00
AMORT. Equipement de la cuisine relais	10 643,00	0,044		
FRAIS FINANCIERS	0,00	0,000		
		<b>4,744</b>	<b>1 157 961</b>	

### 3.2 Présentation du compte d'exploitation de l'option 2, hypothèse haute :

Rubrique coût exploitation cuisine	2006		
	COMPTES	TOTAL	Coût moyen par repas
FRAIS DE PERSONNEL	441 920,50	1,811	441 920,50
ACHATS DE DENREES ALIMENTAIRES par le Centre Hospitalier	276 731,00	1,134	650 790,01
Achats de produits finis auprès du prestataire	374 059,01	1,533	
COMBUSTIBLES	0,00	0,000	59 342,13
PETIT MATÉRIEL HÔTELIER	0,00	0,000	
USAGE UNIQUE UTILISÉ PAR LA RESTAURATION	0,00	0,000	
PRODUITS D'ENTRETIEN ET DE DÉSINFECTION	0,00	0,000	
AUTRES FOURNITURES HÔTELIÈRES	0,00	0,000	
EAU ET ASSAINISSEMENT	2 803,00	0,011	
ENERGIE ET ÉLECTRICITÉ	1 969,00	0,008	
AUTRES FOURNITURES NON STOCHABLES (GAZ)	11 001,00	0,045	
FOURNITURES NON STOCKÉES, PETITS MATÉRIELS ET OUT	26,00	0,000	
AUTRES ACHATS NON STOCKÉS	5 256,00	0,022	
CRÉDIT-BAIL MOBILIER - AUTRES	0,00	0,000	
LOCATIONS MOBILIÈRES - EQUIPEMENTS	0,00	0,000	
LOCATIONS MOBILIÈRES - AUTRES	0,00	0,000	
MAINTENANCE LOGICIEL DE PRODUCTION	0,00	0,000	
PERSONNEL EXTÉRIEUR	0,00	0,000	
ALIMENTATION À L'EXTÉRIEUR	0,00	0,000	
AUTRES PRESTATIONS DIVERSES	20 405,00	0,084	
ENTRETIEN-MAINTENANCE INT MATÉRIEL DE REST	5 191,85	0,021	
ENTRETIEN ET RÉPARATIONS - AUTRES MATÉRIELS	0,00	0,000	
MAINTENANCE - AUTRES	12 690,28	0,052	
AMORT. INSTALLATIONS TECHNIQUES, MATÉRIEL ET OUT	19 586,00	0,080	72 418,00
AMORT. Travaux de la cuisine relais	28 036,00	0,115	
AMORT. IMMOBILISATIONS - TRAVAUX	14 153,00	0,058	
AMORT. Equipement de la cuisine relais	10 643,00	0,044	
FRAIS FINANCIERS	0,00	0,000	

5,017

1 224 471

## **ANNEXE 4 : LISTE DES EQUIPEMENTS NECESSAIRES DANS LE CADRE DES OPTIONS 1 ET 2**

### **4.1 Liste des équipements par fonction pour l'option 1 - chiffrage TTC**

	Montant total TTC par local
Réception marchandises	2 510
Réserves froides	22 800
Réserves sèches	3 600
Préparation primaire souillée	4 140
Préparation primaire propre	11 830
Préparations froides	53 235
Local cuisson	51 390
Zone de refroidissement rapide	38 280
Plonge batterie	3 300
Stockage produits finis	7 800
Laverie centrale et lavage chariot	8 940
Local départ	11 740
Local déchets	540
Bureau responsable	0
Vestiaires	10 220
Sas accès zones de production et logistique	4 310
<b>Total</b>	<b>234 635</b>

### **4.2 Liste des équipements par fonction pour l'option 2 - chiffrage TTC**

	Montant total TTC par local
Réception marchandises	2 510
Réserves froides	9 520
Réserves sèches	3 600
Préparation primaire souillée	4 140
Zone de montage plateaux et allotissement	50 915
Laverie centrale et lavage chariot	8 940
Local départ	11 740
Local déchets	540
Bureau responsable	0
Vestiaires	10 220
Sas accès zones de production et logistique	4 310
<b>Total</b>	<b>106 435</b>

## ANNEXE 5 : PGFP DU CH DE TOUL

L'ensemble du Plan Directeur est évalué à environ 25 millions d'euros. Quant au Schéma Directeur Informatique, c'est près d'1,4 millions d'euros qui seront investis en 4 ans. Ces deux opérations seront financées par emprunt à hauteur de 80 et 50% respectivement.

Si l'analyse des deux PGFP montre que l'établissement conserve un équilibre financier au regard des critères du décret 2008-621 du 27 juin 2008, il fait état d'une insuffisance de trésorerie de l'établissement à compter de 2011. C'est la raison pour laquelle l'établissement a déposé une demande d'aide au titre d'hôpital 2012.

## Investissement

CH TOUL	PGFP SANS AIDE							
	Présent				Avenir			
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
- Montant total des immobilisations du CRPP	3 391 450,43	3 149 963,00	4 627 552,00	5 638 737,00	6 764 742,00	4 632 646,00	3 320 464,00	1 599 185,00
Immobilisation H - 12 - PROJET HOP 2012	458 158,00	2 072 693,00	2 487 647,00	3 492 276,00	3 469 696,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 10 - TRAVAUX BARAT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 06 - AMENAGEMENT HALL	5 219,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 11 - PLAN DIRECTEUR	0,00	80 561,00	1 327 203,00	1 382 431,00	2 645 046,00	3 982 646,00	2 670 464,00	949 185,00
Immobilisation H - 07 - EQUIPEMENTS TECHNIQUES	652 226,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 09 - SCHEMA DIRECTEUR INFORMAT	562 341,71	314 851,00	285 468,00	235 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 08 - IMPLANTATION SCANNER	927 826,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 05 - URGENCES SOLDE	5 956,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Immobilisation H - 03 - INFORMATIQUE (HORS SDSI)	149 708,96	181 858,00	27 234,00	29 030,00	150 000,00	150 000,00	150 000,00	150 000,00
Immobilisation H - 02 - PLAN TRAVAUX	257 094,26	100 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00
Immobilisation H - 01 - PLAN EQUIPEMENT	372 919,40	400 000,00	400 000,00	400 000,00	400 000,00	400 000,00	400 000,00	400 000,00
Immobilisation H - 00 - CLTR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
+ Montant total des emprunts CRPP	1 737 098,74	1 722 603,40	3 801 304,17	4 087 765,80	4 795 793,80	3 186 117,00	2 136 371,00	711 348,00
+ Montant total des intérêts de la dette nouvelle CRPP	130 283,87	251 397,49	331 362,78	528 543,36	700 699,11	800 892,99	920 503,86	982 898,05
+ Montant total des subventions CRPP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
+ Montant total des apports CRPP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
+ Montant total d'autofinancement utilisé CRPP	1 654 351,69	1 427 359,60	826 247,83	1 550 971,20	1 968 948,20	1 446 529,00	1 184 093,00	887 837,00
+ Montant total des charges induites CRPP	0,00	-7 386,00	80 557,00	98 499,00	98 499,00	1 602 428,50	1 602 428,50	1 602 428,50
+ Montant total des produits induits CRPP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3 829 947,90	3 829 947,90	3 829 947,90
+ Montant total des charges d'amortissements et financières CRPP	415 434,24	847 397,86	1 189 220,40	1 660 059,07	2 079 572,45	2 416 758,66	2 674 373,09	2 808 061,85
+ Amortissements nouveaux	265 072,08	575 883,01	816 014,17	1 084 236,42	1 323 866,96	1 581 629,02	1 733 939,68	1 823 748,58

# CRPP synthétique

	PGFP SANS AIDE					
	Présent		Avenir			
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie</b>	<b>19 801 039,33</b>	<b>20 377 622,46</b>	<b>20 929 683,95</b>	<b>21 494 243,95</b>	<b>22 126 599,86</b>	<b>26 383 626,97</b>
Produits de la tarification des séjours [73111]	13 521 442,56	14 029 079,76	14 515 136,31	15 012 571,68	15 569 936,58	16 269 402,61
Produits des médicaments facturés en sus des séjours [73112]	57 664,73	58 538,93	59 413,13	60 319,70	61 226,28	62 199,22
Produits de dispositifs médicaux facturés en sus des séjours [73113]	308 135,64	312 761,23	317 475,78	322 190,33	327 082,78	327 082,78
Forfaits annuels [73114]	1 129 327,00	1 129 327,00	1 129 327,00	1 129 327,00	1 129 327,00	1 129 327,00
Dotation annuelle complémentaire [73116]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dotation annuelle de financement [73117]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dotation MIGAC [73118]	2 984 007,00	2 984 007,00	2 984 007,00	2 984 007,00	2 984 007,00	2 984 007,00
Produits de prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique [7312]	1 800 462,40	1 863 908,54	1 924 324,73	1 985 828,24	2 055 020,22	2 098 658,25
Autres produits de titre 1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits du titre 1 liés aux nouveaux investissements	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3 507 153,11
<b>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</b>	<b>2 093 041,73</b>	<b>2 123 280,92</b>	<b>2 153 973,70</b>	<b>2 185 126,88</b>	<b>2 216 747,35</b>	<b>2 593 046,25</b>
Produits du ticket modérateur [732 hors 7327]	1 636 217,13	1 659 603,95	1 683 341,58	1 707 435,27	1 731 890,37	1 773 270,15
Forfait journalier MCO [73271]	428 244,71	434 668,38	441 188,40	447 806,23	454 523,32	465 889,13
Forfait journalier SSR [73272]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Forfait journalier psychiatrie [73273]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres produits de l'activité hospitalière hors AM	28 579,89	29 008,59	29 443,72	29 885,38	30 333,66	31 092,18
Produits du titre 2 liés aux nouveaux investissements	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	322 794,79
<b>Titre 3 - Autres produits</b>	<b>3 668 517,20</b>	<b>4 342 202,44</b>	<b>3 632 202,44</b>	<b>3 632 202,44</b>	<b>3 632 202,44</b>	<b>3 632 202,44</b>
Produits compte 70 [hors 7071]	3 507 139,95	3 507 139,95	3 507 139,95	3 507 139,95	3 507 139,95	3 507 139,95
Rétrocessions de médicaments [7071]	33 777,91	33 777,91	33 777,91	33 777,91	33 777,91	33 777,91
Productions stockées ou immobilisées [71 et 72]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits financiers [76]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits exceptionnels [hors 775 et 777]	91 284,58	91 284,58	91 284,58	91 284,58	91 284,58	91 284,58
Produit de cession des éléments d'actif compte 775	0,00	710 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat [777]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reprises sur amortissements et provisions [78]	36 314,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferts de charges [79]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres produits	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits du titre 3 liés aux nouveaux investissements	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Total des produits</b>	<b>25 562 598,26</b>	<b>26 843 105,82</b>	<b>26 715 860,09</b>	<b>27 311 573,27</b>	<b>27 975 549,65</b>	<b>32 608 875,66</b>

CH TOUL

300408

# Trésorerie

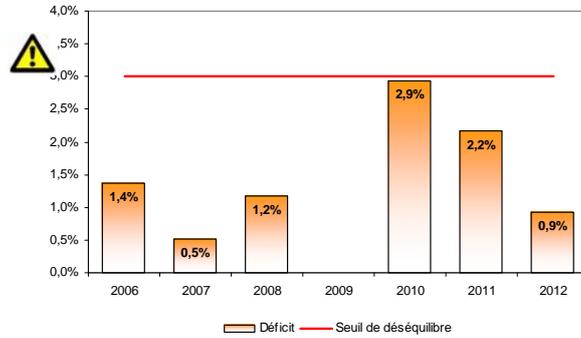
	PGFP SANS AIDE					
	Présent		Avenir			
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Tableau de variation de la trésorerie prévisionnelle</b>						
<b>Variation du fonds de roulement</b>	<b>-1 169 299,09</b>	<b>-39 096,73</b>	<b>-340 792,40</b>	<b>-739 422,97</b>	<b>-809 755,01</b>	<b>2 343 508,39</b>
- Variation du besoin en fonds de roulement d'exploitation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variation de l'actif circulant d'exploitation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variation des dettes d'exploitation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Variation du besoin en fonds de roulement hors exploitation	0,00	0,00	0,00	0,00	284,00	0,00
Variation des autres débiteurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variation des autres créditeurs	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>variation besoin en fonds de roulement ou degagement net de fonds de roulement</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>- Variation de la trésorerie</b>	<b>-1 169 299,09</b>	<b>-39 096,73</b>	<b>-340 792,40</b>	<b>-739 422,97</b>	<b>-809 755,01</b>	<b>2 343 508,39</b>
<b>Trésorerie</b>	<b>850 430,01</b>	<b>811 333,28</b>	<b>470 540,88</b>	<b>-268 882,09</b>	<b>-1 078 637,10</b>	<b>1 264 871,29</b>
Variation des financements à court terme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Variation des liquidités</b>	<b>-1 169 299,09</b>	<b>-39 096,73</b>	<b>-340 792,40</b>	<b>-739 422,97</b>	<b>-809 755,01</b>	<b>2 343 508,39</b>
Liquidités et assimilés début de période	28 801,81	-1 140 497,28	-1 179 594,01	-1 520 386,41	-2 259 809,38	-3 069 564,38
Liquidités et assimilés fin de période	-1 140 497,28	-1 179 594,01	-1 520 386,41	-2 259 809,38	-3 069 564,38	-726 055,99
<b>Affectation de la CAF au FRI</b>	<b>1 918 168,81</b>	<b>1 394 133,39</b>	<b>2 220 663,34</b>	<b>2 346 399,42</b>	<b>2 447 761,03</b>	<b>2 610 764,71</b>
Affectation du résultat à l'investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cycle d'investissement	-3 454 235,77	-2 439 963,00	-4 837 552,00	-5 638 737,00	-6 764 742,00	-4 632 646,00
Cycle de financement	1 006 396,27	989 856,86	3 059 064,90	3 141 080,06	3 764 344,17	2 081 641,55
FRI début de période	2 591 685,73	2 062 015,04	2 006 042,29	2 448 218,53	2 296 961,01	1 744 324,21
FRI fin de période	2 062 015,04	2 006 042,29	2 448 218,53	2 296 961,01	1 744 324,21	1 804 084,46
Variation du FRI	-529 670,69	-55 972,75	442 176,24	-151 257,52	-552 636,80	59 760,26
<b>Affectation de la CAF au FRE</b>	<b>-639 628,40</b>	<b>16 876,02</b>	<b>-782 968,64</b>	<b>-588 165,45</b>	<b>-257 118,20</b>	<b>2 283 748,13</b>
- Affectation des résultats [des CRPA et du CRPP]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reprise des excédents des CRPA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reprise des déficits des CRPA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FRE début de période	947 987,77	308 359,37	325 235,39	-457 733,25	-1 045 898,70	-1 303 016,90
FRE fin de période	308 359,37	325 235,39	-457 733,25	-1 045 898,70	-1 303 016,90	980 731,23
Variation du FRE	-639 628,40	16 876,02	-782 968,64	-588 165,45	-257 118,20	2 283 748,13

CH TOUL

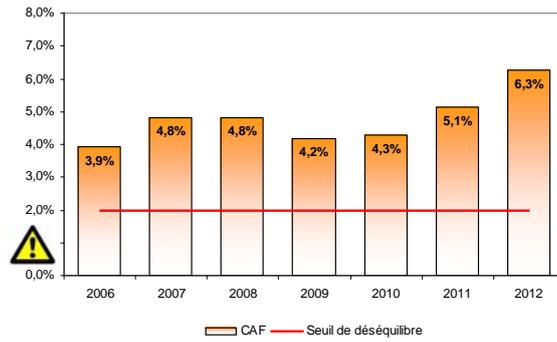
30/04/08

# Synthèse

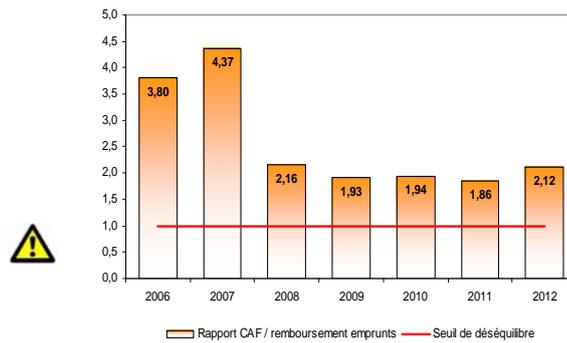
Poids du déficit par rapport au total des produits du CRPP



Poids de la CAF par rapport au total des produits



Rapport CAF / remboursement des emprunts



## **ANNEXE 6 : RESSOURCES HUMAINES SOIGNANTES MISES EN ŒUVRE POUR LA**

### **FONCTION RESTAURATION :**

#### **6.1 Exemple d'un service actif : CHIRURGIE 3 composée de 17 patients**

	Tâches réalisées		Créneau horaire		Nombre Agts	Qualification ASH - AS - AP - IDE	Temps total	Répartition des fonctions	
	du lundi au vendredi	samedi et dimanche	Heure début	Heure fin				Soins	Hôtellerie Restaurat <sup>e</sup>
<b>SERVICE DU PETIT DEJEUNER</b>									
Préparer les boissons chaudes	x	x	7	7,16	1	as/ash	0,16		0,16
Organiser le chariot de distribution	x	x	10	10,25	1	as/ash	0,25		0,25
Préparation, dressage des plateaux et service du petit déjeuner dans les chambres	x	x	7	7,5	2	as/ash/ide	1	0,25	0,25
Aide aux patients dépendants dans les chambres	x	x	7	7,25	1	as/ash	0,25	0,25	
Desserte des plateaux repas et nettoyage des adaptables	x	x	7,75	7,91	2	as/ash	0,32	0,32	
Lavage et désinfection de la vaisselle	x	x	8,5	8,67	2	ash/as	0,34		0,34
Récupérer le pain	x	x	6,5	6,58	1	ash/as	0,08		0,08
compte calorique et hydrique	x	x	6,5	6,58	1	ash/as	0,08	0,08	
Mise à disposition des carafes d'eau	x	x	6,75	7	1	ash/as	0,25		0,25
Evacuation des déchets	x	x	10	10,16	1	ash/as	0,16		0,16
transmissions	x	x	10	10,16	2	ash/as/ide	0,32	0,32	
<b>Total</b>							<b>3,21</b>	<b>1,22</b>	<b>1,49</b>
<b>SERVICE DES COLLATIONS (3x / jour)</b>									
Préparer les boissons chaudes et froides	x	x	10	10,16	1	as/ash	0,16		0,16
Préparer le chariot	non applicable						0		
préparer et distribuer les collations	non applicable						0		
Aide aux patients dépendants	non applicable						0		
Préparation et distribution des carafes d'eau	x	x	0	0,25	1	as/ash	0,25		0,25
transmissions	non applicable						0		
Comptes caloriques et hydriques	x	x	10	10,08	1	as/ash	0,08	0,08	
<b>Total</b>							<b>0,49</b>	<b>0,08</b>	<b>0,25</b>

<b>SERVICE DU DEJEUNER</b>									
Réception et vérification des livraisons repas	x	x	10	10,25	1	as/ash	0,25	0,25	
Programmation remise en température	x	x	10,75	10,83	1		0,08		0,08
Installation des patients dans les chambres	x	x	11,5	11,67	1	as/ash	0,17	0,17	
Préparation du café	non applicable						0		
Préparation, dressage et service du déjeuner dans les chambres	x	x	11,75	12,08	2	as/ash	0,66	0,33	0,33
Aide aux patients dépendants	x	x	12	12,16	1	as/ash	0,16	0,16	
Service du café	non applicable						0		
Desserte des plateaux repas et nettoyage adaptables	x	x	12,33	12,66	2	as/ash	0,66	0,33	0,33
Evacuation des déchets	x	x	12,5	12,58	1	as/ash	0,08		0,08
Comptes caloriques et hydriques	x	x	12,5	12,58	1	as/ash	0,08	0,08	
Transmissions	x	x	12,75	12,92	2	as/ash/ide	0,34	0,17	
Transferts chariots dans les deux sens	x	x	13	13,33	1	as/ash	0,33		0,33
Mise en réserve et distribution différée des plateaux	x	x	12	12,16	1	as/ash	0,16	0,16	
Lavage et désinfection de la vaisselle	x	x	12,66	13	1	as/ash	0,34		0,34
<b>Total</b>							<b>3,31</b>	<b>1,82</b>	<b>1,08</b>
<b>COMMANDE DES REPAS</b>									
commande repas au lit du patient	x	x	10	10,33	1	as	0,33	0,33	
Vérification des commandes de repas	Fait avec item précédent						0		
Ajustement des commandes du jour matin	x	x	11	11,16	1	as	0,16	0,16	
Ajustement des commandes du jour soir	x	x	15	15,16	1	as	0,16		
Commande épicerie	1 x tous les 15 jours		10	10,16	1	ash	0,16		0,16
Rangement commande épicerie et diététique	1 x tous les 15 jours		10	10,25	1	ash/as	0,25		0,25
Commande produits diététiques	1 x tous les 15 jours		10	10,16	1	ash/as	0,16		
Commandes vaisselle usage unique et rangement	1 x/ semaine		10	10,16	1	ash/as	0,16		
<b>Total</b>							<b>1,38</b>	<b>0,49</b>	<b>0,41</b>

<b>SERVICE DU DINER</b>									
Réception et vérification des livraisons repas	x	x	16	16,25	1	as/ash	0,25	0,25	
Programmation remise en température	x	x	16,5	16,58	1		0,08		0,08
Installation des patients dans les chambres	x	x	17,75	17,87	1	as/ash	0,12	0,12	
Préparation du café	non applicable						0		
Préparation, dressage et service du déjeuner dans les chambres	x	x	18	18,33	2	as/ash	0,66	0,33	0,33
Aide aux patients dépendants	x	x	18	18,16	1	as/ash	0,16	0,16	
Service du café	non applicable						0		
Desserte des plateaux repas et nettoyage adaptables	x	x	18,5	18,83	2	as/ash	0,66	0,33	0,33
Evacuation des déchets	x	x	19	19,08	1	as/ash	0,08		0,08
Comptes caloriques et hydriques	x	x	18,5	18,58	1	as/ash	0,08	0,08	
Transmissions	x	x	12,75	12,92	2	as/ash/ide	0,34	0,34	
Transferts chariots dans les deux sens	x	x	19	19,33	1	as/ash	0,33		0,33
Mise en réserve et distribution différée des plateaux	x	x	17	17,16	1	as/ash	0,16	0,16	
Lavage et désinfection de la vaisselle	x	x	18,75	19,08	1	as/ash	0,33		0,33
<b>Total</b>							<b>3,25</b>	<b>1,77</b>	<b>1,48</b>
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>									
sol office 1x / jour	x	x	8,5	8,58	1	Prestataire	0,08		0,08
nettoyage quotidien de l'office	x	x	9	9,16	1	ash	0,16		0,16
nettoyage frigo et borne	1x / semaine								
vérification t° frigo	x	x	8	8,03	1	as/ash	0,03		0,03
Prise température des plateaux	x	x	0	0,08	1	as/ash			0,08
vérification des péremptions frigo et placards	1x / semaine		0	0,08	1	as/ash	0,08		
<b>Total</b>							<b>0,08</b>	<b>1,77</b>	<b>1,83</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>							<b>11,72</b>	<b>7,15</b>	<b>6,62</b>

**6.2 Exemple d'un service d'hébergement : Secteur Violettes, Résidence Les Ombelles composée de 24 patients**

	Tâches réalisées		Créneau horaire		Nombre agents	Qualification ASH - AS - AP - IDE	Temps total	Répartition des fonctions	
	du lundi au vend	samedi & dim	Heure début	Heure fin				Soins	Hôtellerie Restaurat°
<b>SERVICE DU PETIT DEJEUNER</b>									
Préparer les boissons chaudes	0,17	0,17	6,25	6,42	1,00	ASH	0,17		X
Organiser le chariot de distribution	0,50	0,50	7,00	7,50	1,00	ASH	0,50		X
Service du petit déjeuner dans les chambres	0,58	0,58	7,50	8,08	1,00	ASH	0,58		X
Aide aux patients dépendants	0,25	0,25	8,08	8,33	2,00	AS	0,50	X	
Débarrassage des plateaux dans les chambres	0,50	0,50	8,33	8,83	1,00	ASH	0,50		X
Ramassage des verres et cruches dans les chambres	0,25	0,25	8,83	9,08	1,00	ASH	0,25		X
Lavage et désinfection de la vaisselle	0,25	0,25	9,08	9,33	1,00	ASH	0,25		X
Distribution verres et eau	0,42	0,42	9,33	9,75	1,00	ASH	0,42		X
Lavage et désinfection de la vaisselle	0,75	0,75	9,74	10,49	1,00	ASH	0,75		X
Préparation et service des P, déjeuners en salle à manger							0,00		X
Aide aux patients dépendants	0,75	0,75	10,49	11,24	2,00	ASH AS IDE	1,50	X	
débarrassage des plateaux en salle à manger						ASH	0,00		X
Lavage et désinfection de la vaisselle				0,00		ASH	0,00		X
Rangement du Chariot	0,17	0,17	11,24	11,41	1,00	ASH	0,17		X
Rangement de la salle à manger	0,08	0,08	11,40	11,48	1,00	ASH	0,08		X
évacuation des déchets	0,08	0,08	11,48	11,56	1,00	ASH	0,08		X
				0,00			0,00		
				0,00			0,00		
				0,00			0,00		
<b>Total</b>							<b>5,75</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>SERVICE DES COLLATIONS ( 3x/jour)</b>									
Préparer les boissons chaudes et froides	0,08	0,08	16,00	16,08	1,00	ASH	0,08		X
Préparer le chariot	0,17	0,17	16,08	16,25	2,00	ASH	0,33		X

Distribuer les collations	0,33	0,33	16,24	16,57	2,00	ASH	0,67	X	X
Aide aux patients dépendants	0,33	0,33	16,50	16,83	2,00	ASH AS	0,67	X	
débarrassage						ASH	0,00		X
Lavage et désinfection de la vaisselle	0,08	0,08	17,00	17,08	1,00	ASH	0,08		X
rangement du chariot	0,08	0,08	17,15	17,23	1,00	ASH	0,08		X
<b>Total</b>							<b>1,92</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>SERVICE DU DEJEUNER</b>									
Réception et vérification des livraisons repas	0,17	0,17	9,50	9,67	1,00	ASH	0,17		X
Relevé des températures des aliments	0,08	0,08	9,66	9,74	1,00	ASH AS	0,08	X	X
Programmation remise en température			11,50	11,50	2,00	ASH AS	0,00		X
couper le pain	0,03	0,03	11,15	11,18	1,00	ASH	0,03		X
Préparer les plateaux du service en chambre					2,00	ASH	0,00		X
Installation des patients dans les chambres					2,00	ASH AS	0,00	X	
Préparation du café	0,05	0,05	12,00	12,05	1,00	ASH	0,05		X
Service du déjeuner dans les chambres					2,00	ASH	0,00		X
Aide aux patients dépendants	0,83	0,83	12,00	12,83	2,00	AS IDE	1,67	X	
Service du café	0,17	0,17	13,00	13,17	1,00	AS ASH	0,17		X
Débarrassage des plateaux repas					2,00	AS ASH	0,00		X
Nettoyage des adaptables					2,00	ASH	0,00		X
Nettoyage le cas échéant du chariot	0,08	0,08	14,00	14,08	1,00	ASH	0,08		X
Dresser les couverts en salle à manger	0,25	0,25	10,50	10,75	1,00	ASH	0,25		X
Installation des patients en salle à manger	0,33	0,33	11,50	11,83	2,00	ASH AS IDE	0,67	X	
Service de l'eau et des boissons	0,17	0,17	12,25	12,42	1,00	ASH AS	0,17	X	X
Service du déjeuner en salle à manger	1,50	1,50	12,25	13,75	2,00	ASH AS	3,00	X	X
débarrassage en salle à manger	0,50	0,50	13,50	14,00	2,00	ASH AS	1,00		X
lavage et désinfection de la vaisselle	0,42	0,42	13,50	13,92	1,00	ASH AS	0,42		X
nettoyage des tables et chaises	0,17	0,17	13,50	13,67	1,00	ASH AS	0,17		X
Lever les chaises sur les tables en SaM	0,08	0,08	13,50	13,58	1,00	ASH AS	0,08		
Nettoyage de l'office	0,25	0,25	13,75	14,00	1,00	ASH AS	0,25		X
Evacuation des déchets	0,08	0,08	14,50	14,58	1,00	ASH AS	0,08		X
<b>Total</b>							<b>8,33</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>COMMANDE DES REPAS</b>									
enquête de non gout (1fois à l'entrée)	0,17	0,17	14,00	14,17	2,00	AS IDE	0,33	X	X
Ajustement des commandes du jour	0,17	0,17	10,50	10,67	2,00	AS ASH	0,33		X

Commande épicerie, vérification et rangement	0,17	0,17	16,00	16,17	2,00	AS ASH	0,33		X
Commande produits diététique, vérification et rangement	0,25	0,25	16,00	16,25	2,00	AS ASH	0,50	X	X
Commande de boissons vérification et rangement	0,25	0,25	16,00	16,25	2,00	AS ASH	0,50		X
<b>Total</b>							<b>2,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>SERVICE DU DINER</b>									
Réception et vérification des livraisons repas	0,17	0,17	15,00	15,17	2,00	ASH	0,33		X
Relevé des températures des aliments	0,08	0,08	15,00	15,08	1,00	ASH AS	0,08	X	X
Programmation remise en température			18,00	18,00	1,00	ASH AS	0,00		X
couper le pain	0,03	0,03	18,00	18,03	1,00	ASH	0,03		X
Préparer les plateaux du service en chambre				0,00		ASH	0,00		X
Installation des patients dans les chambres				0,00		ASH AS	0,00	X	
Préparation du café	0,05	0,05	18,50	18,55	1,00	ASH	0,05		X
Service du déjeuner dans les chambres				0,00		ASH	0,00		X
Aide aux patients dépendants	0,83	0,83	18,00	18,83	3,00	AS IDE	2,50	X	
Service du café	0,17	0,17	19,00	19,17	1,00	AS ASH	0,17		X
Débarrassage des plateaux repas				0,00	2,00	AS ASH	0,00		X
Nettoyage des adaptables				0,00		ASH	0,00		X
Nettoyage le cas échéant du chariot	0,08	0,08	19,75	19,83	1,00	ASH	0,08		X
Dresser les couverts en salle à manger	0,25	0,25	17,50	17,75	1,00	ASH	0,25		X
Installation des patients en salle à manger	0,33	0,33	18,25	18,58	2,00	ASH AS IDE	0,67	X	
Service de l'eau et des boissons	0,17	0,17	18,50	18,67	1,00	ASH AS	0,17	X	X
Service du déjeuner en salle à manger	1,50	1,50	18,50	20,00	2,00	ASH AS	3,00	X	X
débarrassage en salle à manger	0,50	0,50	19,50	20,00	2,00	ASH AS	1,00		X
lavage et désinfection de la vaisselle	0,42	0,42	19,50	19,92	2,00	ASH AS	0,83		X
nettoyage des tables et chaises	0,17	0,17	19,75	19,92	2,00	ASH AS	0,33		X
Lever les chaises sur les tables en SaM	0,08	0,08	20,00	20,08	2,00	ASH AS	0,17		
Nettoyage de l'office	0,25	0,25	20,00	20,25	2,00	ASH AS	0,50		X
Evacuation des déchets	0,08	0,08	20,00	20,08	2,00	ASH AS	0,17		X
<b>Total</b>							<b>10,33</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

<b>SECURITE ALIMENTAIRE ET FORMATION</b>									
Formations diverses				0,00			0,00	X	
Surveillance alimentaire				0,00	3,00	ASH AS IDE	0,00	X	
<b>Total</b>							<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>GESTION DES PLATS TEMOINS</b>				0,00					
rotation des plats témoins				0,00			0,00		X
relevé de température du réfrigérateur	0,17	0,17	21,75	21,92	2,00	AS ASH IDE	0,33		X
entretien du réfrigérateur	0,33	0,33	10,00	10,33	1,00	AS ASH IDE	0,33		X
<b>Total</b>							<b>0,67</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>ENTRETIEN DIVERS</b>									
nettoyage du réfrigérateur	0,33	0,33	10,00	10,33	1,00	<b>ASH AS</b>	0,33		<b>X</b>
entretien des placards des offices	0,75	0,75	10,50	11,25	1,00	<b>ASH AS</b>	0,75		<b>X</b>
Gestion des péremptions de produits alimentaires	0,17	0,17	15,00	15,17	1,00	<b>ASH AS</b>	0,17		<b>X</b>
nettoyage du micro onde	0,17	0,17	10,75	10,92	1,00	<b>ASH AS</b>	0,17		<b>X</b>
<b>Total</b>							<b>1,42</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>							<b>28,42</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>



## ANNEXE 8 : RESULTATS ENQUETES DE SATISFACTION (février 2008)

### Légende

Opinion très satisfaisante	4
Opinion assez satisfaisante	3
Opinion peu satisfaisante	2
Opinion pas satisfaisante	1

### 8.1 Satisfaction des clients MCO (Hôpital St Charles)

LA QUALITÉ DES VIANDES	LA QUALITÉ DES POTAGES	LA QUALITÉ DES DESSERTS	LE GOÛT	LE CHOIX	LE RESPECT DU CHOIX	LES HORAIRES DU SOIR	L'AIDE AU REPAS	LA PRÉSENTATION DU PLAT	LA QUANTITÉ	LE RESPECT DU RÉGIME	LA TEMPÉRATURE DU PLAT	HEURES DE REPAS	Note globale
---------------------------	---------------------------	----------------------------	---------	----------	------------------------	-------------------------	-----------------	----------------------------	-------------	-------------------------	---------------------------	-----------------	--------------

Moyenne	3,37	3,474	3,8718	3,22	3,7	3,9	3,35	3,95	3,68	3,882	3,925	3,9	7,6875
---------	------	-------	--------	------	-----	-----	------	------	------	-------	-------	-----	--------

Pourcentage de patients ayant donné une note > à 7 :

87,5%

### 8.2 Satisfaction des résidents (Centres Rion et Les Ombelles)

LA QUALITÉ DES VIANDES	LA QUALITÉ DES POTAGES	LA QUALITÉ DES DESSERTS	LE GOÛT	LE CHOIX	LE RESPECT DU CHOIX	LES HORAIRES DU SOIR	L'AIDE AU REPAS	PRÉSENTATION DU PLAT	LA QUANTITÉ	LE RESPECT DU RÉGIME	TEMPÉRATURE DU PLAT	HEURES DE REPAS	Note globale
---------------------------	---------------------------	----------------------------	---------	----------	------------------------	-------------------------	-----------------	-------------------------	-------------	-------------------------	------------------------	--------------------	--------------

Moyenne	2,95	3,57	3,71	3,28	4,00	3,68	4,00	3,93	3,52	3,58	3,19	3,93	7,20
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Pourcentage de résidents ayant donné une note > à 7 :

65,0%

### 8.3 Satisfaction globale (clients MCO + résidents)

LA QUALITÉ DES VIANDES	LA QUALITÉ DES POTAGES	LA QUALITÉ DES DESSERTS	LE GOÛT	LE CHOIX	LE RESPECT DU CHOIX	LES HORAIRES DU SOIR	L'AIDE AU REPAS	PRÉSENTATION DU PLAT	LA QUANTITÉ	LE RESPECT DU RÉGIME	LA TEMPÉRATURE DU PLAT	HEURES DE REPAS	Note globale
---------------------------	---------------------------	----------------------------	---------	----------	------------------------	-------------------------	-----------------	-------------------------	-------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	--------------

Moyenne	3,12	3,53	3,78	3,26	3,68	3,90	3,55	4,00	3,94	3,58	3,71	3,49	3,90	7,40
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

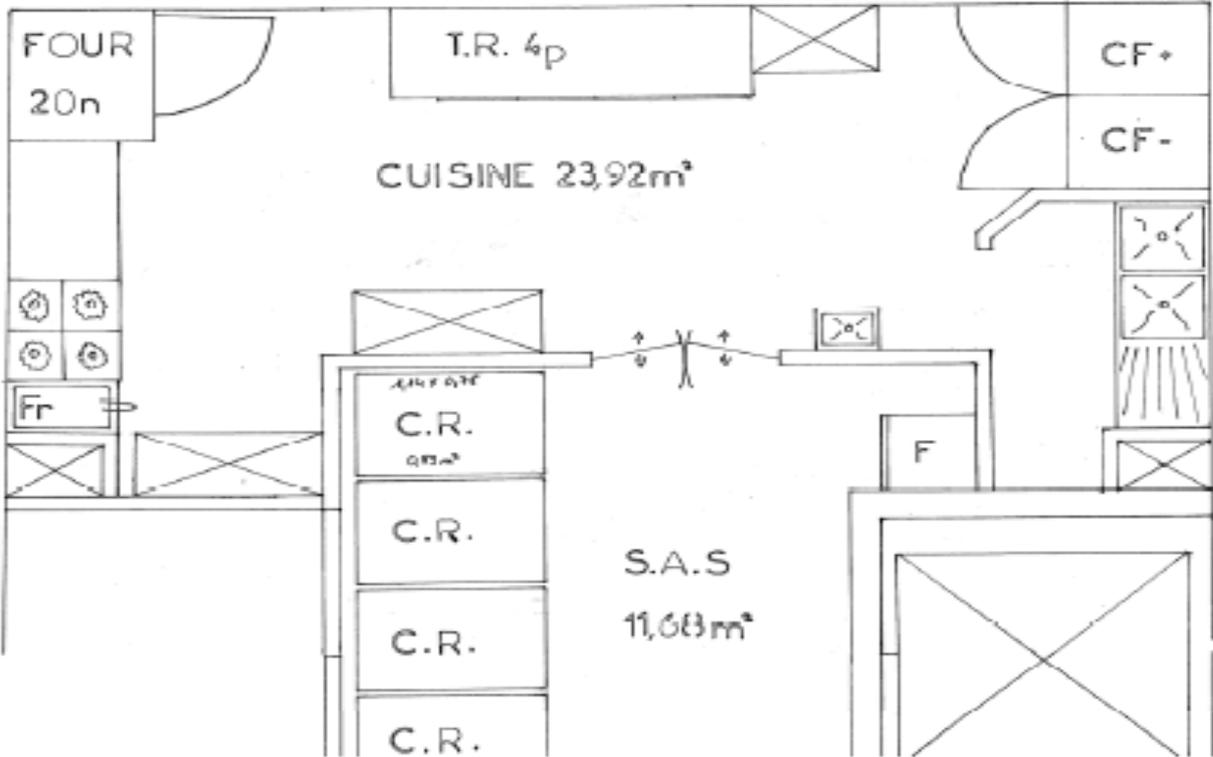
Pourcentage de résidents ayant donné une note > à 7 : 74,0%

## ANNEXE 9 : EFFECTIFS ET QUALIFICATION DES AGENTS DE LA RESTAURATION

Libellé grade	Diplôme ou formation initiale	Age	Quotité	Statut
<b>CUISINE</b>				
AEQ	CAP Empl Tech de Rest	33	0,75	Contractuel, fin le 31/12/08 à renouveler
DIETETICIENNE	BTS Diététique	49	0,60	Titulaire
OPQ	CAP Cuisine	31	1,00	Contractuel, à renouveler au 28/10/08
MAITRE OUVRIER	CAP Cuisine	54	1,00	Contractuel CDI
AEQ	CAP Pâtisserie	51	1,00	Titulaire
OPQ	BAC PRO REST	30	1,00	Titulaire
AEQ	CAP Agt tech Alimentaire	33	1,00	Titulaire
MO	BAC PRO REST	36	1,00	Titulaire
MO	CAP Cuisine	52	1,00	Titulaire
OPQ	CAP cuisine de collectivité	38	1,00	Titulaire
MO	Certificat d'Etude Primaire	54	1,00	Titulaire
DIETETICIENNE	DUT option Diététique	37	0,50	Contractuel en CDI
OPQ	CAP Cuisine	22	1,00	Contractuel, à renouveler au 30/11/08
TSH	BTS Hôt/Rest	41	1,00	Titulaire
OPQ	CAP	45	1,00	Contractuel, fin le 30/09/08 à renouveler
AEQ	CAP	41	0,75	Contractuel, fin le 28/10/08 à renouveler
<b>PORTAGE REPAS</b>				
AEQ	Sans	47	1,00	Contractuel CDI
AEQ	Sans	55	0,50	Contractuel CDI
AEQ	Sans	26	1,00	Contractuel, fin le 31/12/07 à renouveler
AEQ	Sans	26	1,00	Contractuel, fin le 14/09/08
<b>Sous total</b>			<b>18.10</b>	
<b>LIVRAISON</b>				
AEQ	CAP-BEP FRAISAGE	32	1,00	Titulaire
AEQ	CAP/BEP MAINT D	35	1,00	Titulaire
MO	CAP MECANIQUE	51	1,00	Titulaire
AEQ	Certificat formation générale	38	1,00	Titulaire
<b>Effectifs totaux</b>			<b>22.10</b>	
<b>Moyenne d'âge</b>		<b>38.28</b>		

ANNEXE 10 : ETUDE D'IMPLANTATION DE CUISINE DE PROXIMITE (ST CHARLES)

Plan d'une cuisine de proximité type au sein des services actifs



## ANNEXE 11 : BESOINS ET ATTENTES AUTRES QUE NUTRITIONNELS DES PATIENTS AU CH DE TOUL

COMPOSITION ET BESOINS DES PRESTATIONS SPECIALES					
	DEFINITION	COMPOSITION	BESOINS	CONTRAINTES	VALEUR AJOUTE
CALENDRAIRE	Prestation repas liées aux fêtes calendaires (Noël, fête des mères...)	Repas améliorées avec apéritif, gâteaux et décoration	Définir les dates d'événements, ressources humaines, produits spécifiques, décors, ressources financières		Marquer l'événement, respect des coutumes des valeurs, valoriser la prestation et l'établissement
THEMATIQUES	Prestation ayant pour but de valoriser les repas, (découverte de goût, région)	Repas améliorées	Définir les dates d'événements, ressources humaines, produits spécifiques, décors, ressources financières		Marquer l'événement, respect des coutumes des valeurs, valoriser la prestation et l'établissement
BARBECUE	Grillade en pleine air	Viande grillée crudités dessert	Adapter le menu, fixer les dates en lien avec les services et l'animation, barbecue et mettre à disposition des ressources humaines	Le temps climatique, personnel	Convivialité, spécificité, échange, aspect champêtre
REPAS FAMILLIALE ANNUEL	réunir l'entourage des résidents et du personnel soignant et hôtelier	Buffet froid	Définir les dates d'événements, ressources humaine, produits spécifiques, décors, ressources financières, et locaux	Le temps climatique, personnel, nombre de participants, gestion du budget, taille de la salle	Marquer l'événement, respect des coutumes des valeurs, valoriser la prestation et l'établissement, rassembler les familles, communiquer autrement
REPAS JEUNE MAMAN	Attention particulière après l'accouchement	Repas spécifique avec (une rose ou chocolat...)	Commander le repas,		Marquer l'événement, respect des coutumes des valeurs, valoriser la prestation et l'établissement
ANNIVERSAIRE	Attention particulière	Gâteau individuelle service de courts séjour, Gâteau collectif par service mensuel	Connaitre les dates d'anniversaire et tenir éventuellement compte du régime		Marquer l'événement, respect des coutumes des valeurs, valoriser la prestation et l'établissement
ROOM SERVICE	Répondre à des attentes spécifique	Distributeur de sandwiches, fruits, compotes et boissons lactées...			

DIMANCHE	Spécificité du repas dominical	Nappage, serviettes, vaisselle	Nappage, serviettes, vaisselle	Présence de personnel, budget	Marquer l'événement, respect des coutumes des valeurs, des croyances, valoriser la prestation et l'établissement
MIXES	améliorer la présentation et les apports en: goût, texture, choix, couleur, enrichissement	Augmenter la diversité (crudité, cuidité)	Achat de matériel, formations spécifiques, ressources humaines	Présence de personnel, organisationnelle	Développer le goût, diversité, apports, respect
ANIMATION DES SENS	Atelier manipulation, goût, redécouverte des gestes du quotidien, en lien avec l'équipe d'animation	Pâtisserie, plats régionaux, plats variés	Adapter le menu, fixer les dates en lien avec les services et l'animation, et ressources humaines, et des locaux	Présence de personnel, coût, locaux, matériel	Thérapeutique, échanges, instructif, découverte, éveil
EDUCATION DIABETIQUE	Apprentissage des bons réflexes nutritionnel				
NUTRITIONNEL JEUNE MAMAN	Apprentissage des bons réflexes nutritionnel				
BOISSONS GELIFIEES	Apporter une variété et un choix de boissons	Jus fruits, vin, café...	Formation spécifique. ressources humaines		Développer le goût, diversité, apports, respect