

| | |
|--|--|
| Région Nouvelle Aquitaine | |
| GHT CHARENTE MARITIME NORD (Atlantique 17) | |
| <p>Contacts :</p> <p>Alain MICHEL (direction@ch-larochelle.fr), Directeur Général du CH de LA ROCHELLE</p> <p>Bruno PICHON (Bruno.PICHON@ch-larochelle.fr), Directeur adjoint en charge des Travaux, du Patrimoine et de la Logistique</p> <p>Sylvain ZERCHER (Sylvain.ZERCHER@ch-larochelle.fr), Ingénieur Principal en charge de la fonction restauration, du centre d'approvisionnement, de l'équipe de salubrité et de la reprographie</p> | |

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| I. Contexte du projet | 1 |
| A. Acteurs concernés | 1 |
| B. Motivations initiales / déterminants initiaux du projet..... | 5 |
| C. Description de la démarche mise en œuvre..... | 5 |
| D. Description de la situation actuelle | 7 |
| II. Le regard des acteurs sur le travail réalisé..... | 9 |
| III. A retenir | 10 |
| IV. Liste des documents ou des outils mobilisés | 11 |

I. Contexte du projet

A. Acteurs concernés

1) Points clés de contexte des établissements / acteurs / du GHT / du territoire

a. *Carte d'identité générale des acteurs du territoire*

| Nom des acteurs | Centre Hospitalier LA ROCHELLE-RE-AUNIS | Centre Hospitalier de ROCHEFORT | Centre Hospitalier de MARENNES |
|--------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Structure d'appartenance | établissement support | établissement partie | établissement partie |
| | Préalablement à la mise en place du GHT, ces mêmes structures étaient constituées en CHT | | |
| Statut juridique | Etablissement public de santé | Etablissement public de santé | Etablissement public de santé |

| Nom des acteurs | Centre Hospitalier LA ROCHELLE-RE-AUNIS | Centre Hospitalier de ROCHEFORT | Centre Hospitalier de MARENNES |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| Localisation géographique | La Rochelle, Ile de Ré, Aunis Au total 7 sites : MCO, Psy, EHPAD-SSR, St Martin-en-Ré, Surgères, Marlonges | Rochefort | Marennes |
| Organisation générale de l'établissement | Fusion La Rochelle/EHPAD Surgères et HL St Martin en Ré Direction commune La Rochelle/EHPAD Marlonges | Etablissements en direction commune | |
| Activités et spécialités principales de l'établissement | MCO+PSYCHIATRIE+ EHPAD | MCO+EHPAD | |
| Médecine adultes | La Rochelle : 424 lits et 20 places Saint Martin de Ré : 3 lits | 175 lits et 14 places | |
| Médecine gériatrique | 38 lits | 41 lits | |
| Pédiatrie | 28 lits et 5 places | 14 lits et 2 places | |
| Chirurgie | La Rochelle : 112 lits et 30 places | 52 lits et 11 places | |
| Obstétrique | La Rochelle : 45 lits et 2 places | 18 lits et 1 place | |
| Médecine néonatale (RNN/SI/NNat) | 4 lits de soins intensifs | | |
| Réanimation adultes et pédiatrique | 16 lits de réanimation 6 lits de soins continus | 8 lits de soins continus | |
| Unités de soins intensifs (USIC, USINV...) | 20 lits d'USIC 12 lits d'USNV | | |
| Psychiatrie générale | La Rochelle : 375 lits et places | | |
| Hospitalisation à domicile | La Rochelle : 85 places | | |
| SSR | La Rochelle : 53 lits et places Site de Marlonges : 70 lits Saint Martin de Ré : 28 lits | 60 lits et places | 22 lits et places |
| EHPAD | Saint Martin de Ré : 156 lits | | |
| SSIAD | | | |
| USLD | La Rochelle : 92 lits | 50 lits | |

| Nom des acteurs | Centre Hospitalier LA ROCHELLE-RE-AUNIS | Centre Hospitalier de ROCHEFORT | Centre Hospitalier de MARENNES |
|-----------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| SAU | 48 789 passages 15 lits d'UHTCD | 33 529 passages 9 lits d'UHTCD | |
| SMUR | 1 860 sorties primaires terrestres 167 sorties primaires aériennes | 1 930 sorties primaires terrestres | |

b. Eloignement entre les acteurs

| Nom des acteurs | La Rochelle | Rochefort | Marennes |
|-----------------|-------------|------------|------------|
| La Rochelle | | 33 minutes | 53 minutes |
| Rochefort | 32 km | | 29 minutes |
| Marennes | 53 km | 28 km | |

c. Carte d'identité de la fonction support sur le territoire

La fonction restauration est portée par un GCS (hors Surgères et Marlonges). Les prestations effectuées sont les suivantes :

- Fabrication et fourniture des repas pour les trois sites du CH de La Rochelle (MCO, Psy, EHPAD-SSR), le CH de Rochefort,
- Assistance technique aux sites de Surgères, Marlonges, dont les productions sont effectuées en interne, et aux sites de Marennes et St Martin-en-Ré, dont la prestation est confiée à une société de restauration collective,
- A noter que le restaurant du personnel du CH de Rochefort est l'objet d'une prestation par une société de restauration collective.

Par ailleurs, la fabrication et la fourniture de repas sont assurées pour la crèche de La Rochelle. Celles pour la crèche de Rochefort sont concédées à une société de restauration collective.

Chiffres-clé concernant la fonction restauration

Le nombre de repas produits annuellement est de 1 650 000 environ. Lors du démarrage du projet, la répartition estimée des repas après reprise des productions pour le CH de Rochefort était de 75% à destination de La Rochelle et 25% de Rochefort. Après 4 ans de fonctionnement, la répartition annuelle est relativement stable et s'établit à 80% de repas produits à destination de La Rochelle (76% uniquement patients et résidents) et 20% de repas produits à destination de Rochefort (24% uniquement patients et résidents)

Le budget du GCS est d'environ 10 000 000 €. Le coût d'unité d'œuvre est relativement stable (6,24 € en 2014 ; 6,34 € en 2015 (fusion avec Saint Martin et Ré) ; 6,28 € en 2016). Ce calcul de l'unité d'œuvre inclue l'ensemble des dépenses alimentaires, y compris les dotations dans les services.

A la reprise des productions pour Rochefort, un besoin de 15 ETP supplémentaires avait été établi par les professionnels. Finalement 14 ETP ont été actés. L'effectif total du service de la restauration y compris le transport s'élève donc depuis à 96 ETP.

d. Contexte

Implanté en centre-ville de La Rochelle, le site principal du CH de La Rochelle-Ré-Aunis est un établissement pivot sur son territoire. La cuisine centrale de La Rochelle est installée sur le site hospitalier principal (MCO), en pleine ville de la Rochelle, en sous-sol d'un bâtiment de soins (construit vers 1975). Sa rénovation a été menée en 2006.

L'établissement de Rochefort a bénéficié d'une reconstruction inaugurée fin 2012 début 2013 au nord de la ville, ce qui le rapproche de l'hôpital de La Rochelle. Depuis 1985, la prestation de restauration était assurée par la ville de Rochefort, dans le cadre d'une convention.

Les autres sites furent progressivement rattachés, sous diverses modalités.

Les principales étapes de la dynamique de coopération entre La Rochelle et Rochefort sont les suivantes :

- En 2009, création de plusieurs directions adjointes communes (Services économiques, Qualité et Usagers, Système d'information),
- En 2011, création d'une CHT,
- En 2016, création d'un GHT,
- Pour 2018, la création d'une Direction commune est actée et à mettre en œuvre.

Sous l'impulsion de la mairie de Rochefort, vers 1985, le CH de Rochefort a confié sa restauration à la cuisine centrale de la ville de Rochefort. Cette cuisine centrale était administrée par un syndicat mixte dirigée par un directeur. Face à l'insatisfaction des usagers, Bruno PICHON, en qualité de directeur adjoint en charge de la DSEL du CH de Rochefort, s'est vu confier par le directeur du CH de Rochefort une mission de supervision de ce syndicat mixte. Dès 2007, le CH de La Rochelle a été sollicité pour aider le CH de Rochefort en matière de restauration mais aucun acte concret n'a été réalisé par les établissements allant vers une coopération.

Avant le tournant des années 2010, la décision de reconstruction du CH de Rochefort est prise. Mais son programme de reconstruction n'intègre pas de cuisine centrale. Par ailleurs, la convention avec la Ville de Rochefort arrive à son terme à l'échéance du projet de reconstruction.

A plusieurs reprises déjà l'ARS a sollicité les établissements pour qu'ils développent davantage leurs coopérations.

L'arrivée d'un nouveau directeur à la tête du CH de La Rochelle, en 2008, est à l'origine d'une nouvelle approche. A la faveur du départ du Directeur des Services Economiques de La Rochelle en 2009, une convention de partage du DSEL est passée entre les deux établissements, et Bruno PICHON est chargé de l'ensemble de la fonction pour l'ensemble des établissements. Cette démarche de mise à disposition réciproque de personnels de direction a été réalisée pour les services économiques et logistique, la qualité, le système d'information hospitalier et les travaux et investissements. En l'occurrence, Bruno PICHON est le seul directeur rochefortais mis à disposition de La Rochelle, les autres directeurs se partageant entre les hôpitaux venant originellement de La Rochelle.

Préalablement à l'activité de restauration, d'autres fonctions ont fait l'objet de coopération entre les deux établissements. La blanchisserie a été la première activité commune car historiquement le CH de Rochefort avait confié à un opérateur privé le traitement de son linge, et n'envoyait qu'une part très résiduelle de son linge vers la blanchisserie du CH de La Rochelle. D'emblée un GCS ni employeur, ni investisseur, avec des mises à disposition de personnels a été créé. Si le statut de GCS pouvait prêter à discussion, il avait l'avantage de permettre d'éviter la TVA. La récupération de l'activité de blanchisserie n'a exigé aucun investissement significatif de la part de La Rochelle, à l'exception de la construction d'un hangar de stockage. Le recours au statut de GCS évitait la procédure aléatoire des marchés publics.

En 2011, le GCS a été à nouveau utilisé afin que l'activité d'anatomo-pathologie rochefortaise, qui n'était pas prévue ni organisée au sein du nouvel établissement qui ouvrait, soit transférée sur le laboratoire rochelais.

La pratique historique d'un groupement de commandes qui réunissait Rochefort et La Rochelle a contribué à faciliter les rapprochements successifs. De façon naturelle, le partage du directeur des services économiques et de la logistique a amené à ce que la fonction achats soit centralisée sur le site du CH de La Rochelle.

Le troisième sujet de coopération ayant des conséquences opérationnelles fut la restauration.

B. Motivations initiales / déterminants initiaux du projet

1) Motifs de l'initiation de la coopération

La motivation d'engagement des deux établissements dans un projet de restauration commune résulte avant tout du contexte :

- Reconstruction du CH de Rochefort sans cuisine centrale,
- Fin de la convention entre ce même établissement et la ville de Rochefort,
- Recherche d'une meilleure efficacité pour la Cuisine centrale de La Rochelle,

2) Enjeux/objectifs initiaux fixés à la filière

La décision de regrouper la fabrication sur la Cuisine centrale de La Rochelle ne semble pas avoir été portée par une analyse précise des situations, sur le plan de la satisfaction des consommateurs, des conditions de travail, des moyens techniques, des organisations, ou encore économique. Elle repose davantage sur une impérative nécessité de coopérer, que sur un argumentaire rationnel. En témoigne l'absence de bilan initial des situations (qualité et niveau de service, coût total et par UO, état des équipements et des ressources humaines...).

Mais, pour les acteurs opérationnels du projet, une fois engagés dans son pilotage et sa mise en œuvre, l'objectif était bien de chercher à améliorer le service en maîtrisant les dépenses.

3) Périmètre de travail initial

Dans sa phase opérationnelle, le projet portait sur l'ensemble des processus d'achat, de fabrication, de livraison et de distribution des repas. La réflexion sur les organisations en place a été menée à partir d'une analyse des processus, sans qu'une limite ne soit a priori établie sur la base des périmètres des établissements. Toutefois, il est apparu rapidement que la Cuisine centrale de La Rochelle était en capacité d'intégrer les besoins du CH de Rochefort sans modification importante de l'organisation de la fabrication des repas, ni sans agents supplémentaires sur ce processus. Par contre, un travail important de redéfinition de l'ergonomie des postes a été fait, conduisant à des travaux et des acquisitions d'équipements, en particulier pour la plonge et le conditionnement des plateaux. Par ailleurs, le transport constituait un nouvel enjeu important qui a fait l'objet d'une redéfinition complète. Pour ces trois fonctions, l'ensemble des aspects a donc été étudié : process, organisation, postes, RH, horaires, etc.

A noter que le responsable du projet a également aidé les services de la ville de Rochefort dans le cadre du recrutement du nouveau directeur de la Cuisine centrale de la Ville.

C. Description de la démarche mise en œuvre

1) Pilotage du projet

En matière décisionnelle, l'unicité de direction des services économiques et logistiques entre Rochefort et La Rochelle a été très importante. De même, la Diététicienne de La Rochelle a pris en charge Rochefort.

Une fois la décision prise, le projet a été mené par le responsable de la fonction restauration du CH de La Rochelle (pas d'appel à prestataire d'assistance).

Quels que soient les sujets, afin de faire l'analyse de l'existant, définir les besoins, imaginer les solutions et concevoir le plan de mise en œuvre, le responsable du projet a organisé une large concertation. Des réunions de travail ont été programmées sujet par sujet, auxquelles étaient conviés tous les professionnels et les représentants du personnels, sans distinction d'établissements.

En parallèle, un travail important a été mené par les DRH des établissements et de la Ville de Rochefort : recensement des compétences, contraintes/volontés de mobilité. Le responsable du projet assurait le lien vers les directions.

A l'issue de ce travail technique, les solutions ont été proposées aux CHSCT.

2) Mise en œuvre du projet

a. *Définition des grandes phases du projet et plan des actions associées*

Le projet s'est globalement déroulé sur deux années. La première correspond à un temps de prise de décision d'engagement, alors que la seconde a été dédiée à la définition des nouvelles organisations.

b. *Calendrier et points de passage (jalons)*

- 23 novembre 2012 et 05 décembre 2012 :
 - Officialisation auprès des équipes de la reprise des productions de Rochefort
 - Explication du mode de fonctionnement pour l'élaboration et le suivi du projet
- 29 mars 2013 : Réunion préparatoire à la présentation des postes à pourvoir en cuisine centrale et destinée aux agents de Rochefort
- 04 avril 2013 : Réunion à Rochefort de présentation des postes proposés en cuisine centrale et devant être préférentiellement pourvu par des agents rochefortais
- 17 avril 2013 : Visite de la cuisine centrale de La Rochelle par les agents de Rochefort susceptibles de candidater à leur intégration
- 22 mai 2013 : Visite du site de Rochefort par notre fournisseur de matériel de distribution afin d'élaborer l'offre techniquement la plus pertinente
- 23 mai 2013 : Réunion avec notre prestataire fournisseur du logiciel de prise de commandes de repas et la DSIO afin de déployer le logiciel sur Rochefort
- 24 mai 2013 : Réunion avec la cellule marché afin d'établir les règles de fonctionnement dans le cadre des achats du GCS
- 04 juin 2013 : Présélection des candidatures rochefortaises en lien avec une représentante de la Mairie de Rochefort en charge de l'accompagnement social des employés de la cuisine centrale de Rochefort (mix de l'hôpital et de la mairie)
- 12 juin 2013 : Entretien de recrutement des candidats rochefortais
- 13 juin 2013 : Test d'une livraison depuis La Rochelle jusqu'à Rochefort ayant permis de valider le dressage des plateaux depuis La Rochelle
- Courant juin : test de deux jours en semaine et deux jours de week-end avec les nouveaux horaires afin de valider les organisations échafaudées par les groupes de travail
- 01 juillet 2013 : Aide à la présélection des candidatures au poste de Directeur de la cuisine centrale de Rochefort qui ne devenait plus que municipale
- 03 juillet 2013 : Validation des devis et passation des commandes de matériel auprès de notre fournisseur d'équipement de distribution des repas
- 09 août 2013 : Participation à la sélection finale au poste de Directeur de la cuisine centrale de Rochefort
- 04 septembre 2013 :
 - Validation auprès des équipes des différents projets de plannings de travail
 - Annonce auprès des équipes de distribution de la volonté de refonte des équipes afin de « noyer » le personnel venant de Rochefort pour leur permettre de mieux les intégrer
- 13 septembre 2013 : Réunion préparatoire du GCS
- 10 octobre 2013 : Accueil individualisé, en compagnie de la DRH, des agents recrutés depuis Rochefort avec visite de la cuisine centrale et présentation aux équipes. Signature des contrats...
- 18 octobre 2013 : Recrutement du chauffeur pour Rochefort
- 21 octobre 2013 : Réunion à Rochefort pour caler la prestation attendue et valider les organisations
- 05 novembre 2013 : Visite de la cuisine centrale de La Rochelle par les diététiciennes rochefortaises
- 07 novembre 2013 :
 - Présentation au CHSCT de La Rochelle de l'ensemble des organisations retenues, des recrutements réalisés, des horaires de travail et de la méthodologie mise en œuvre dans le déroulé du projet.
 - Validation du projet (abstention des représentants syndicaux)
- 18 novembre 2013 : Présentations aux agents de la distribution de la composition des nouvelles équipes

- 17, 20 et 31 décembre 2013 : Validation des principes et matériels de distribution par le CHSCT, la DRH et la médecine du travail de Rochefort
- 18 décembre 2013 : Réunion budgétaire avec la Direction des Finances de La Rochelle
- 07 et 08 janvier 2014 : Réunion à Rochefort pour une dernière mise au point logistique et la vérification des équipements
- 14 janvier 2014 : 1^{ère} livraison sur Rochefort depuis La Rochelle
- 2014 : bilan des organisations (une réunion par trimestre qui ont abouti à des corrections à la marge des organisations nouvellement mises en œuvre)
- Depuis, points financiers trimestriels (les premières années en présence du Directeur Financier et du contrôleur de gestion de Rochefort, depuis deux ans uniquement en interne à La Rochelle)

c. Plan de conduite du changement :

Dans les trois entités, de nombreux changements ont dû être réalisés. Pour favoriser leurs mises en œuvre, plusieurs principes ont été appliqués systématiquement :

- Fondre les agents issues de divers horizons au sein d'une seule et même équipe (La Rochelle n'était donc pas l'équipe qui « intégrait » les agents de Rochefort) et étendre cette volonté à l'ensemble du projet (ainsi, les salles d'expédition des repas n'étaient conçues sur une séparation Rochefort/La Rochelle) ;
- Prendre le meilleur dans chaque organisation et ainsi provoquer des changements croisés au sein des établissements (les pratiques de La Rochelle n'ont donc pas été généralisées) ;
- Mener une concertation sur tous les sujets avec les professionnels en y associant les représentants syndicaux (les professionnels fourmillent d'idées qu'il faut leur laisser exprimer) ;
- Solliciter les professionnels non seulement sur l'organisation de la fonction, mais également sur le niveau et la qualité de service et la rationalisation de l'offre alimentaire et nutritionnelle (menus, cahier de grammage, textures, etc.) ;
- Mettre en place des tests en situation réelle des solutions nouvelles envisagées, en partageant avec les professionnels leurs conditions de réalisation et les résultats qu'ils ont permis de constater ;
- Expliciter les raisons objectives pour lesquelles une idée proposée n'a pu être retenue, notamment du point de vue économique (ainsi, le restaurant du personnel du CH de Rochefort a été concédé à une société de restauration collective, car le GCS n'aurait pas su faire mieux et moins cher).

Il est important de noter que pour l'ensemble des réunions mensuelles de chacun des secteurs, le responsable du projet invitait systématiquement les représentants syndicaux, afin que l'information soit la même pour tous. Ils étaient très souvent présents. C'est sans doute ce dispositif qui a permis d'obtenir un accord final lors du dernier CHSCT, sans aucun vote contre. Plus largement, tout au long du projet ont été associées les différentes parties prenantes (outre les représentants syndicaux : la DSIO, les diététiciennes, les représentants de la Mairie, la DRH, la DAF, la DSE, les fournisseurs...).

D. Description de la situation actuelle

1) Résultats obtenus

a. Contribution à l'amélioration des prises en charge des patients-résidents

La présence d'un choix de repas pour les usagers a été généralisée à partir de l'expérience de Rochefort.

L'augmentation de la variété des produits a pu être développée grâce aux pratiques en place à La Rochelle.

En 2015, lors d'un même repas servi à La Rochelle et à Rochefort, selon les critères MEAH, la note moyenne pour La Rochelle est de 6.97/10 et de 6.29/10 à Rochefort. Toutefois, la pratique d'enquête de satisfaction n'était pas usitée sur Rochefort, et la question de l'engagement positif des personnes qui assurent la distribution aux patients (aides-soignants en général) reste prégnante.

b. Contribution au renforcement de la cohérence territoriale

La mise en place d'un GCS présente l'avantage de permettre un suivi de l'activité et des dépenses jusque-là inexistant à cette échelle. A partir d'un EPRD et d'une clé de répartition simple (75% La Rochelle / 25% Rochefort), les dépenses sont suivies mois après mois ; un ajustement étant fait en fin d'année. L'ensemble des sources de dépenses est pris en compte (Titre 1 à Titre 4).

Par ailleurs, le projet a entraîné à court terme une perte d'activité pour la cuisine de la Ville de Rochefort. Toutefois, celle-ci assure progressivement les besoins de communes alentour, contribuant à un élargissement de la rationalisation à une échelle territoriale dépassant le cadre des établissements de santé.

c. Contribution sur l'acquisition et la diffusion de l'expertise par et entre les professionnels

Les principes conjointement appliqués de retenir le meilleur de chaque organisation et de brasser les agents d'origines différentes ont largement contribué à déployer des expertises auparavant limitées à un seul site. L'expertise des agents de Rochefort, dont la formation était davantage efficace que celle de La Rochelle, a pu être mise à profit pour l'ensemble. De ce fait, aucun plan de formation n'a été mis en œuvre.

Par ailleurs, ce projet de transformation a donné lieu à la révélation d'un cadre, qui a trouvé là l'occasion de s'investir et de déployer des compétences, restées jusqu'alors cachées.

d. Contribution à l'amélioration des conditions de travail des professionnels

L'adaptation des locaux et l'acquisition de nouveaux équipements a permis d'améliorer nettement la qualité des conditions de travail. Une attention particulière a porté sur l'ergonomie des postes de travail, notamment là où la pénibilité était importante, et en particulier concernant les chariots de distribution (dont Rochefort n'était pas équipé). Le choix des chariots de type chaud/froid a été source de craintes, tant de la part de la médecine du travail que de l'organisation syndicale CGT, en termes d'ergonomie.

Ce renouvellement d'équipement s'est toutefois fait sans impacter les dépenses du projet, grâce à une anticipation dès que le projet a été annoncé par les directions.

e. Contribution à la maîtrise de la consommation de ressources

Concernant les ressources humaines le besoin était de 14 postes supplémentaires, malgré un nombre de postes de fabrication inchangé. Ces postes concernent principalement le transport, la distribution sur le site de Rochefort (manutentionnaires) et le conditionnement plateaux à La Rochelle. Toutefois, ont pu être mis en place :

- Les postes de chauffeurs sur la base « d'horaire de coupure »,
- La journée de 12h les week-ends.

Concernant les équipements, le taux d'utilisation des matériels de fabrication de la Cuisine de La Rochelle s'est trouvé élevé du fait de l'accroissement des besoins en repas. D'autre part, le choix des chariots de type chaud/froid a généré de vraies économies.

Concernant la dimension économique, le GCS a généré des économies significatives pour les deux établissements.

Ainsi, le coût denrées par repas a fluctué entre 2012 et 2017 entre 2.89 € et 2.53 €, (2.57 € en 2013, 2.36 € en 2014, 2.73 € en 2015, 2.63 € en 2016).

De plus, le coût d'unité d'œuvre qui s'établissait en 2013 (dernière année avant le GCS) à 6,96 € à La Rochelle et 6,66 € à Rochefort soit une moyenne pondérée de 6,72 €, est passé en 2014 à 6,24 € soit -7%, en 2015 à un coût de 6,34 € et à 6,28 € en 2016.

f. Contribution à l'harmonisation des pratiques et à la réduction du poids des spécificités locales

Par l'intermédiaire de la nomination d'une Diététicienne commune à tous les sites, l'harmonisation des pratiques a été fortement développée : menus, régimes, grammages, textures, cahiers des charges divers, qualité des denrées...

De plus, le projet a donné lieu à la généralisation d'un logiciel de prise de commande, à partir de celui de La Rochelle.

Par ailleurs, le démarrage effectif de la prestation (janvier 2014) sans incident, a contribué à améliorer la relation « client - fournisseur », en développant des relations avec les services de soins régulièrement suivies.

g. Est-ce que les objectifs de départ ont été atteints ?

En préalable à ce projet, aucun bilan précis de la situation de départ n'a été établi. Ainsi, aucun objectif n'a pu être posé lors de la commande de ce projet. Il n'est donc pas possible de rapporter la situation constatée aujourd'hui à ces deux jalons, dans ses différentes dimensions (qualité, coût, délai).

Sur le plan social, un des principaux enjeux pour les décideurs et élus locaux, le projet a été accepté sans que des conflits ne se fassent jour.

2) Perspectives / prochaines étapes

La reconstruction du CH de La Rochelle est aujourd'hui en passe d'être décidée. La question de l'organisation de la fonction restauration va donc devoir être reposée, ainsi que sans doute la plupart des fonctions logistiques et de support.

II. Le regard des acteurs sur le travail réalisé

1) Ce que nous avons arrêté de faire/pas fait et pourquoi

RAS

2) Ce que nous avons commencé avant la mise en place de l'activité et que nous continuons de faire

RAS

3) Ce que nous faisons de nouveau

RAS

4) Quels ont été les freins ? Quels ont été les moyens mis en œuvre pour les surmonter ?

Dans ce type projet, les conséquences sociales constituent des risques importants d'échec (enlisement, blocage, crise). Les organisations syndicales du CH de La Rochelle ont donc été très vigilantes quant aux effets sur les agents de l'intégration d'activités nouvelles. De plus, les élections municipales coïncidaient avec la perte des activités effectuées par la Cuisine centrale de la ville de Rochefort.

En amont, face aux pressions, l'engagement de reprise des agents de la Cuisine de la ville a été pris (pour mémoire, ces agents étaient des personnels hospitaliers de Rochefort avant la mise en place de la convention).

En aval, basé sur la co-construction des solutions avec les agents, le déroulement du projet a fortement contribué à faire tomber les peurs généralement ressenties dans ce contexte. Lorsque les agents apportent des solutions et/ou approuvent celles proposées, que ces mêmes solutions sont testées et analysées ensemble, ou encore que des explications claires sont apportées quant à la non-faisabilité de telle suggestion, les postures de contestation systématique ne sont plus tenables. La confiance entre les parties prenantes peut alors s'installer progressivement.

Parmi les difficultés qui ont été rencontrées, il est toutefois relevé sur le CH de Rochefort, une discussion avec une organisation syndicale encore insuffisante et un travail de préparation avec la médecine du travail encore trop parcellaire, ayant abouti à mettre en cause le poids des chariots de restauration. Ces deux difficultés auraient été moindres si ces partenaires avaient été mobilisés plus en amont, soit dès le départ du projet.

Par ailleurs, le principe de « brassage » des personnels a été très utile pour d'emblée casser le risque de faire perdurer des « clans » et par la suite des insatisfaits, des stigmatisations...

5) Quels ont été les facteurs de succès ?

Cette opération de regroupement de la fonction restauration hospitalière a été facilitée par l'ouverture simultanée du nouvel hôpital de Rochefort ce qui permettait d'apaiser les craintes des agents qui, pour des raisons diverses, n'imaginaient pas aller travailler à La Rochelle. Pour ces agents rétifs à tout transfert géographique, l'ouverture du nouvel hôpital offrait une opportunité de reclassements. Plus largement, cette concomitance a été un élément facilitateur, car l'ouverture d'un nouvel établissement est aussi symbole de la confiance de la collectivité dans l'avenir du site. Cela souligne l'importance du contexte dans lequel est engagé un projet.

En matière de management, les décisions d'unifier l'encadrement sur les deux sites de la fonction diététique d'une part et d'un DSEL d'autre part, ont permis de lever nombre de difficultés et d'inciter à l'optimisation et l'harmonisation des solutions.

En matière économique, d'emblée, le choix a été fait d'un prix unitaire identique pour tous les établissements, le GCS mutualisant les charges et produits, y compris le coût du transport. Ce choix stratégique de simplification et d'unification a contribué à réduire les réticences face au processus engagé.

Sur le plan social, le recours à des agents non titulaires devient une quasi-règle, bien acceptée car ces agents peu qualifiés, restent distants de l'activité principale de l'établissement, le soin. Globalement, aucun poste n'a été directement supprimé puisqu'il s'est agi de remettre la production alimentaire dans le périmètre hospitalier. La proportion entre fonctionnaires et non fonctionnaires est quasiment à 50/50. La pyramide des âges avec 20% de professionnels âgés de 56 ans ou plus favorise une certaine sérénité par rapport au risque de réduction du nombre d'emplois.

Concernant la gestion du temps, la durée du projet dans sa phase opérationnelle, sur 11-12 mois a permis d'avoir un temps d'explication suffisant sans être victime d'un essoufflement. Plus globalement, l'approche qui a prévalu, consistant à prendre le temps pour réussir la démarche, a donné satisfaction aux acteurs qui ont le sentiment d'avoir contribué, avant l'heure, à construire progressivement le processus de GHT, dans une logique possiblement intégrative à terme, en évitant les conflits ou les crispations les plus flagrantes.

6) Que ferions-nous de différent si ce projet recommençait ?

Deux points sont évoqués :

- Etablir le bilan de départ pour permettre une définition claire des objectifs poursuivis et des résultats obtenus, ceci afin d'enclencher, à l'issue du projet, une démarche d'amélioration continue et de permettre une relation client – fournisseur plus explicite et formalisée ;
- Si la phase de prise de décision d'engagement est trop sujette à hésitations, les agents n'y croient plus. Lorsqu'enfin le projet démarre, il devient difficile de les (re)mobiliser pour qu'ils s'impliquent dans un projet, qui va nécessairement créer une surcharge de travail.

7) Quels conseils donnerions-nous à des collègues ?

La coopération des activités logistiques peut contribuer à créer, puis banaliser, les liens entre établissements voisins qui n'ont pas toujours eu le réflexe de la coopération, et ainsi participer à l'ouverture d'autres champs d'activités.

III. A retenir

Distants d'une trentaine de kilomètres, les établissements de La Rochelle et Rochefort (pour mémoire, les repas de Rochefort étaient fabriqués au sein de la cuisine municipale depuis près de 30 ans) ont regroupé la fabrication de leurs repas en janvier 2014. Dans sa phase opérationnelle, le projet s'est déroulé sur un an. A ce jour, l'unité

de production, gérée dans le cadre d'un GCS, affiche une activité de 1,65 millions de repas par an, pour un budget de 10 M€ et 96 ETP.

Ce regroupement s'inscrit dans une politique de rapprochement des établissements engagée depuis 2009 (directions adjointes partagées, GCS pour diverses fonctions, CHT). Toutefois, malgré cette antériorité, la phase de prise de décision a été assez longue, rendant difficile le maintien de la mobilisation des agents autour du projet.

Par contre, une fois la décision prise, la phase opérationnelle du projet s'est déroulée rapidement, sans rencontrer de situation conflictuelle. Parmi les différents facteurs expliquant ce succès, l'organisation de la concertation des agents est plus particulièrement mise en avant : consultation élargie de tous les professionnels concernés, association systématique des représentants du personnel, co-construction de nouvelles solutions d'organisation, explicitation claires des raisons de non prise en compte de propositions, tests et évaluation des solutions envisagées par et avec les professionnels en amont de la mise en place, etc. Par ailleurs, en amont, deux principes ont été retenus : engagement de reprise des agents de la cuisine de la ville de Rochefort, brassage des agents issus des deux sites dans les équipes définies dans le cadre de la nouvelle organisation.

IV. Liste des documents ou des outils mobilisés

Néant