



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire**

**Social et Médico-social**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **décembre 2010**

---

**Les enjeux du transfert de gestion  
d'un EPHAD hospitalo-universitaire  
vers un Centre Hospitalier**

**L'exemple du Centre Hospitalier de Givors et de  
l'EHPAD Bertholon-Mourier**

---

**Julien BILHAUT**

---

# Remerciements

---

Je tiens en préambule à remercier tout particulièrement,

**Serge MALACCHINA**, directeur du Centre Hospitalier de Givors, pour m'avoir accueilli au sein de son établissement tout en acceptant d'être mon directeur de stage. Qu'il soit ici pleinement remercié pour sa disponibilité, sa confiance et ses mises en responsabilité tout au long de mon stage.

**Géraldine DREVET**, directrice des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Givors et directrice du site Bertholon-Mourier, pour la qualité de nos échanges et sa confiance tout au long des premiers mois de cette opération.

Pour leur disponibilité et la qualité de leurs analyses lors de nos entretiens, je remercie également,

**Jean-Paul LECOMTE**, directeur du Groupement Hospitalier de Gériatrie des Hospices Civils de Lyon (HCL).

**Laurent RAISIN-DADRE**, directeur Stratégique des établissements de l'Union Générale de la Mutualité du Rhône, ancien directeur du Département de Conseil en Stratégie des HCL.

**Fabrice ROBELET**, chargé de mission à la Direction de l'Efficienc e de l'Offre de Soins et du Financement de l'Offre de Soins de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes.

Enfin, je remercie l'ensemble des équipes administratives, techniques et soignantes du Centre Hospitalier de Givors pour m'avoir accueilli et intégré au sein de leur travail quotidien, dans une atmosphère d'ouverture, de gentillesse et de professionnalisme.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1<sup>ERE</sup> PARTIE : LE TRANSFERT DE GESTION D'UN EHPAD AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER : CONTEXTUALISATION ET OBJECTIFS</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1. L'ELEMENT DECLENCHEUR : LA RECOMPOSITION DU SECTEUR GERIATRIQUE DES HOSPICES CIVILS DE LYON SOUS L'EFFET D'UNE TENSION BUDGETAIRE</b> .....	<b>7</b>
1.1.1. <i>La toile de fond : la convergence tarifaire des dotations de soins</i> .....	<b>7</b>
1.1.2. <i>La situation budgétaire tendue des Hospices Civils de Lyon</i> .....	<b>10</b>
<b>1.2. UN CENTRE HOSPITALIER EN MUTATION QUI CHERCHE A PERENNISER SON ACTIVITE</b> .....	<b>11</b>
1.2.1. <i>La fermeture de l'activité chirurgicale concomitante à l'arrivée d'un nouveau directeur...</i>	<b>12</b>
1.2.2. <i>A la recherche de la taille critique</i> .....	<b>13</b>
<b>1.3. PRENDRE ACTE DU DEFICIT DE L'OFFRE GERIATRIQUE AU SUD DE LYON : L'AMBITION D'UNE FILIERE GERIATRIQUE COMPLETE</b> .....	<b>15</b>
1.3.1. <i>Un établissement public de santé sensibilisé à la culture médico-social</i> .....	<b>15</b>
1.3.2. <i>Un transfert qui est l'opportunité d'une réflexion visant l'amélioration de la prise en charge du sujet âgé</i> .....	<b>18</b>
<b>2<sup>EME</sup> PARTIE : ANALYSE DES ENJEUX DE L'INTEGRATION DE L'EHPAD BERTHOLON-MOURIER AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1. LES LIMITES RENCONTREES LORS DU TRANSFERT DE GESTION</b> .....	<b>21</b>
2.1.1. <i>Au sein de l'EHPAD Bertholon-Mourier : la peur du « déclassé »</i> .....	<b>21</b>
2.1.2. <i>Au sein du Centre Hospitalier et de l'EHPAD de Givors : blocages techniques liés aux surplus d'activité</i> .....	<b>23</b>
<b>2.2. LES ELEMENTS FAVORABLES AU SUCCES DE CE TRANSFERT DE GESTION</b> .....	<b>24</b>
2.2.1. <i>L'opportunité géographique : une proximité ancienne mais une collaboration récente</i> .....	<b>24</b>
2.2.2. <i>L'opportunité humaine</i> .....	<b>27</b>
2.2.3. <i>Le volet Ressources Humaines : élément porteur du transfert de gestion</i> .....	<b>29</b>
2.2.3.1. <i>L'utilisation d'une position statutaire souple : la mise à disposition</i> .....	<b>29</b>
2.2.3.2. <i>Un accompagnement social très présent : colonne vertébrale du pilotage du transfert de gestion</i> .....	<b>33</b>
<b>2.3. L'ACCULTURATION AU SERVICE D'UN PROJET D'ETABLISSEMENT CENTRE SUR UNE PRISE EN CHARGE HOMOGENE DES USAGERS</b> .....	<b>35</b>
2.3.1. <i>Une acculturation indispensable pour préparer le rapprochement au sein d'un nouveau bâtiment</i>	<b>35</b>
2.3.2. <i>Une opération « blanche » : une gestion à distance mais un pilotage de proximité, imperceptible pour les usagers</i> .....	<b>36</b>

<b>3<sup>EME</sup> PARTIE : LES ELEMENTS DE PRECONISATION SUR LES CONDITIONS DE REUSSITE D'UN TRANSFERT DE GESTION.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1. COMMUNIQUER SUR LE PROJET EN INTERNE ET EN EXTERNE .....</b>	<b>39</b>
3.1.1. <i>Communication interne.....</i>	<i>40</i>
3.1.2. <i>Communication externe .....</i>	<i>41</i>
<b>3.2. ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL DES AGENTS. ....</b>	<b>42</b>
<b>3.3. DEVELOPPER UNE CULTURE COMMUNE POUR PREPARER LA FUSION PROCHAINE ET VAINCRE LES RETICENCES.....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>51</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASD :	Aide Soignant(e) Diplômé d'Etat
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
CH :	Centre Hospitalier
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DRH :	Direction des Ressources Humaines
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP :	Equivalent Temps Plein
EVC :	Etat Végétatif Chronique
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FNG :	Fondation Nationale de Gérontologie
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GHG :	Groupement Hospitalier de Gériatrie (des Hospices Civils de Lyon)
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	Groupe Iso Ressources Moyen Pondéré
HCL :	Hospices Civils de Lyon
HPST :	Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
IDE :	Infirmier(e) Diplômé d'Etat
MCO :	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
NPI :	Inventaire Neuropsychiatrique
PAM :	Pôle d'Activité Médicale
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PUI :	Pharmacie à Usage Intérieur
SAU :	Service d'Accueil aux Urgences
SMTI :	Soins Médicaux Techniques et Infirmiers
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
UCPA : Unité Culinaire de Production Alimentaire  
UHJ : Unité d'Hospitalisation de Jour  
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée  
USLD : Unité de Soins Longue Durée

## Introduction

La promulgation le 21 juillet 2009 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, porte l'ambition d'un décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, et instaure un nouvel outil juridique pour poursuivre cet objectif sur l'ensemble des structures publiques du territoire français : la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Cependant nous ne disposons pas encore du recul suffisant pour pouvoir en évaluer l'efficacité, et partant, les effets concrets pour les établissements publics. Néanmoins, la loi dite Bachelot met en œuvre des lignes directrices claires pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux publics, en ambitionnant de procéder à des fusions de structures existantes, afin d'augmenter la taille moyenne des établissements médico-sociaux et des anciens hôpitaux locaux (et ce même si la terminologie disparaît avec la loi Bachelot). L'objectif est de transformer le paysage sanitaire et social public français en passant de quelques 32 000 structures éparses à moins de 8 000 établissements. La réalité du terrain de stage s'inscrit dans ce mouvement de recomposition du paysage hospitalier national, où l'on voit des liens et des coopérations se tisser, se formaliser de manière plus ou moins marquée, entre les Centres Hospitaliers (CH) et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

De plus, face au vieillissement de la population, les établissements sanitaires et plus particulièrement les structures périphériques, se doivent pour atteindre une masse de poursuivre leur « gériatrisation » en développant une offre à orientation d'avantage gériatrique. En effet, les perspectives démographiques de la DRESS<sup>1</sup>, l'organisme des études et des statistiques qui dépend du ministère de la santé et des sports, soulignent que la France devrait compter 6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans en 2020 (soit 10% de la population totale). Or ces patients, lorsqu'ils entrent en établissements, pour une hospitalisation courte en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à orientation gériatrique ou en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), sont souvent fragiles et polypathologiques, ce qui rend leur accueil en maison de retraite non médicalisée problématique. C'est en partie pour cette raison qu'un repositionnement du rôle des EHPAD et des relations qu'ils entretiennent avec les Centres Hospitaliers semble incontournable, et que de nombreux CH comportent d'ores et déjà en leur sein un EHPAD, soit géré de manière autonome, soit sous forme d'un budget annexe E qui figure

---

<sup>1</sup> ROBERT-BOBEE I., 2007, « Projection de population 2005-2050, Vieillesse de la population en France métropolitaine », Economie et statistique, n°408-9,p95

sur l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) général de l'établissement de santé.

Le Centre Hospitalier de Givors, qui se situe à 25 kilomètres au sud de Lyon, est un hôpital de proximité reconnu sur le bassin sud<sup>2</sup> et qui s'inscrit pleinement dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées, notamment grâce à ses lits de SSR à orientation gériatrique, à ses urgences, à ses deux services de médecine (orientation cardiologique et pneumologique), à son plateau technique et à ses 76 lits d'EHPAD. Il dispose en outre d'une maternité, qui réalise plus 800 accouchements par an, d'un bloc pour la petite chirurgie et la chirurgie obstétricale.

Historiquement, la commune de Givors, qui fait désormais partie de la Communauté Urbaine du Grand Lyon, accueillait sur son territoire deux établissements qui exerçaient des missions convergentes et complémentaires, mais dont les collaborations étaient inexistantes. Il s'agissait d'une ignorance courtoise, entre un Centre Hospitalier et une fondation gérée par les Hospices Civils de Lyon : une fondation créée au début du XIX<sup>ème</sup> siècle par la famille Bertholon-Mourier, et qui appartient depuis aux Hospices Civils de Lyon (HCL). Pourtant, ces deux établissements exerçaient leurs missions de manière parallèle, à quatre kilomètres de distance. Le CH de Givors comporte une structure d'hébergement pour 76 personnes âgées dépendantes, tandis que la fondation Bertholon-Mourier accueille de son côté 112 résidents, sous la qualification d'USLD jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009, et depuis sous la qualification juridique d'EHPAD. Même si le degré de dépendance des hébergés n'est pas le même, ces deux établissements ont en charge un même public, répondent à une demande sanitaire et sociale comparable et s'inscrivent dans le même bassin sanitaire<sup>3</sup>. Pourtant, les deux entités ont évolué de façon cloisonnée, en ne développant des axes de coopération que depuis récemment, notamment en matière de livraison des repas via la signature d'une convention le 23 novembre 2009, intégrée au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) constitué novembre 2008.

Le principe d'une fusion d'établissement s'inscrit plus globalement dans une politique globale d'amélioration de l'offre de soins aux usagers et résidents d'un service public, tout en conservant une complémentarité entre les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge. L'idée d'un transfert de gestion d'un établissement vers un autre conduit rapidement à analyser des rapports de force, des méfiances et des cultures soignantes et administratives parfois très hétérogènes. La mise en œuvre d'un transfert de gestion d'un

---

<sup>2</sup> SROS Rhône Alpes, Livre 5, annexes opposables, période 2006-2010, p3

<sup>3</sup> Bassin hospitalier n°10 Lyon Sud et Ouest

EHPAD en direction d'un Centre Hospitalier, si elle s'inscrit dans l'évolution nationale du secteur sanitaire et médico-social, n'en demeure pas moins une opération délicate à mener et à rendre opérationnelle. Le contexte du lieu de stage est de plus particulier, puisqu'il s'agit de reprendre la gestion d'un ancien établissement des Hospices Civils de Lyon, ce qui signifie que les personnels ont développé non seulement une culture sanitaire et hospitalo-universitaire très prégnante, mais aussi un sentiment d'appartenance fort à une institution régionale symbolique.

Si le transfert de gestion sous ses multiples aspects n'a pas été l'unique mission confiée lors de mes huit mois de stage au Centre Hospitalier de Givors, j'ai néanmoins été largement associé à cette reprise de gestion, notamment aux côtés de la directrice référente de l'EHPAD de Bertholon-Mourier, Mme Géraldine DREVET, qui assure également les fonctions de DRH du Centre Hospitalier. Ce dialogue quotidien entre le sanitaire et le médico-social représente une opportunité, dans le cadre de mes futures fonctions, d'analyser les divergences et les leviers pour un décloisonnement des deux secteurs. Ce décloisonnement des secteurs entre en jeu de façon incontournable lors d'un transfert de gestion et à l'occasion de la préparation d'un regroupement d'établissements.

Techniquement, ce transfert d'activité s'est effectué selon des modalités originales. Dans les faits, les HCL conservent la propriété du foncier et des locaux de l'EHPAD Bertholon-Mourier, dont l'utilisation par le CH de Givors donne lieu à la facturation d'un loyer annuel. La jouissance des locaux et du terrain de l'EHPAD Bertholon par le CH voisin doit expirer à l'horizon 2013, date du regroupement des lits dans un nouveau bâtiment de gériatrie, dont le financement est à l'étude. La convention de transfert de gestion a été signée le 2 novembre 2009 entre le directeur du Centre Hospitalier de Givors, Serge MALACCHINA et le directeur du Groupement Hospitalier de Gériatrie (GHG) des Hospices Civils, Jean-Paul LECOMTE. Ce document, relativement court (2 pages), contient les lignes directrices générales de l'opération de transfert de gestion, et cadre les droits et obligations du propriétaire et du locataire du site, ainsi que le statut des personnels du site Bertholon-Mourier pendant cette période transitoire de trois ans.

Ce projet a été acté officiellement à la suite d'une réunion qui a eu lieu au Centre Hospitalier de Givors le 11 juin 2009. Cette réunion réunissait des représentants de la Direction Générale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lyon, de la direction du GHG et la direction du CH de Givors (le chef d'établissement, le Directeur des Affaires Financières, la Directrice des Ressources Humaines et le contrôleur de gestion). Il s'agissait d'une réunion de cadrage, avant le lancement de l'opération et la communication officielle de la réalisation du projet. Deux points furent essentiellement

débatteurs pendant cette réunion : le cadrage social et le cadrage financier. Le cadrage social tendait à trouver un consensus entre les deux parties sur le nombre des agents qui seront mis à disposition, les éventuels sureffectifs (liés à la transition inachevée de la qualification d'USLD à celle d'EHPAD), les modalités de la paie des personnels à partir de 2010, le volet disciplinaire et les garanties de maintien du plan de formation pour les agents mis à disposition. Le cadrage financier visait, pour sa part, à déterminer la répartition des rôles (entre le propriétaire et le locataire du site Bertholon-Mourier) dans la maintenance et l'entretien des locaux, le prix de la location annuelle, la cession des autorisations des 112 lits d'EHPAD, et enfin la détermination du prix de journée de Bertholon-Mourier, en considérant que le Conseil Général avait pris la décision de ne pas diminuer les tarifs lors du transfert de gestion.

Ce n'est que six mois après la décision de transfert actée par les directions des deux établissements qu'intervient l'arrêté de transfert de gestion, pris conjointement par le Préfet du Rhône et le Président du Conseil Général du Rhône. Cet arrêté, signé le 18 décembre 2009, est l'acte juridique qui sous-tend la convention signée par les deux parties co-contractantes. De facto, c'est ce document qui arrête le transfert de l'autorisation délivrée aux HCL pour la gestion de l'EHPAD « Fondation Bertholon-Mourier » vers le Centre Hospitalier de Givors.

Ce projet de transfert de gestion des 112 lits d'USLD de la fondation Bertholon-Mourier, qualifiés EHPAD depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, vers le CH de Givors, situé à moins de sept minutes de trajet, était réaliste et cohérent. Il représente de plus la pierre angulaire d'un projet plus vaste de mise en place d'une filière gériatrique au sud du département du Rhône, porté par le CH de Givors. L'ambition première est d'offrir une meilleure prise en charge aux personnes âgées. Cependant, cette ambition doit néanmoins se confronter aux terrains, aux cultures et la compréhension des enjeux d'un transfert de gestion passe par une analyse des principaux points d'achoppement rencontrés sur le lieu de stage.

Dans cet esprit, le mémoire s'attachera à la thématique d'un transfert de gestion d'un EHPAD de tradition hospitalo-universitaire en direction d'un Centre hospitalier, en analysant les leviers et les freins qui entrent en ligne de compte lors d'un transfert d'établissement. Dans un contexte budgétaire tendu, comment l'intégration d'une nouvelle structure s'organise-t-elle afin d'assurer la cohabitation d'une structure sanitaire avec une structure médico-social fortement marquée par son appartenance au CHU de Lyon et son ancienne qualification d'USLD ? Le transfert de gestion constitue un fil conducteur à la plupart des dossiers qui m'ont été confiés durant ces huit mois de stage, ce qui permet de mettre en relief les différentes conséquences d'un transfert de gestion, et le caractère impactant sur les différentes directions fonctionnelles d'un phénomène de rachat d'un EHPAD par un Centre Hospitalier. Travailler sur l'analyse des leviers et des freins à une

intégration de l'EHPAD hospitalo-universitaire au sein du Centre Hospitalier permettra d'une part d'appréhender les obstacles mais d'autre part, de fonder les préconisations sur les leviers repérés lors de la phase diagnostique.

Le préalable à l'analyse des enjeux de ce transfert de gestion passait nécessairement par un état des lieux des textes réglementaires, par la lecture des contrats, des conventions et des différents avenants, signés entre le CH de Givors et les HCL, et de manière générale par une découverte des éléments d'impulsion qui ont permis de concrétiser ce transfert en moins de sept mois. Il s'agit par conséquent d'un calendrier très resserré, tant du point de vue des directions respectives des établissements que du point de vue de l'appropriation du projet par les personnels. La validation ou la vérification de l'hypothèse de départ se fera en mobilisant les réponses obtenues au cours des entretiens réalisés auprès des différents protagonistes. Ces entretiens, réalisés au cours de la seconde partie de stage, ont été dépouillés sous forme d'une grille d'analyse, regroupant thématiquement les invariants et les divergences repérés lors des entretiens. Menés sous forme semi-directive, ces entretiens apportent des éléments de réponse permettant de confirmer ou d'infirmer, au terme de la phase diagnostique, si l'opération de reprise de gestion par le CH de Givors est effectivement une opération qui permettra à terme de créer une culture commune, de nature à améliorer *in fine* la prise en charge des personnes âgées.

La réalisation d'un état des lieux du transfert de gestion de l'EHPAD Bertholon-Mourier nous conduit, après avoir analysé le contexte et les objectifs poursuivis (I), à analyser les enjeux d'un mouvement d'intégration de l'EHPAD vers le CH de Givors (II) afin de pouvoir mettre en avant les préconisations les plus essentielles (III), qui apparaissent comme les conditions de réussite d'un transfert de gestion. De telles préconisations devraient permettre d'aborder une opération de conduite du changement avec des repères utiles et mobilisables rapidement.

~~~

## **1<sup>ère</sup> partie : Le transfert de gestion d'un EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier : contextualisation et objectifs**

Le cas d'espèce de cette opération de transfert de 112 lits d'EHPAD, s'il s'inscrit dans un contexte national de regroupements et de fusions d'établissements, doit s'analyser comme une opération singulière dans le cadre de ce mémoire professionnel. Ainsi, cette opération d'intégration peut s'analyser selon trois facteurs déclencheurs, lesquels permettent alors de mesurer les objectifs poursuivis lors de la réalisation du transfert de l'EHPAD Bertholon-Mourier en direction du CH.

La recomposition du secteur gériatrique des Hospices Civils de Lyon, sous la pression des obligations réglementaires en matière de convergence des dotations de soins, représente l'élément déclencheur de l'opération, en aval (1.1). Cependant, la réalisation relativement rapide de l'opération ne peut s'expliquer sans s'attacher au contexte d'un Centre Hospitalier en pleine mutation, qui cherche à atteindre une masse critique (1.2). Enfin, ce transfert de gestion a pour objectif principal de prendre acte du déficit de l'offre gériatrique dans le bassin sud de Lyon, en posant les jalons d'une filière gériatrique organisée et portée par le CH de Givors (1.3).

### **1.1. L'élément déclencheur : la recomposition du secteur gériatrique des Hospices Civils de Lyon sous l'effet d'une tension budgétaire**

Dans le cas des éléments de contexte préalables à la prise de gestion de l'EHPAD Bertholon-Mourier par le CH de Givors, deux éléments furent déterminants pour la concrétisation et l'aboutissement du projet. D'une part la mise en œuvre par le CHU de Lyon de la réforme relative à la convergence des dotations de soins pour l'accueil des personnes âgées dépendantes (qu'ils s'agissent d'USLD ou d'EHPAD) (1.1.1), et d'autre part la situation budgétaire en tension des hospices Civils (1.1.2).

#### **1.1.1. La toile de fond : la convergence tarifaire des dotations de soins**

Les prémices du projet de cession par les HCL de deux de leurs établissements gériatriques ne peuvent se comprendre sans préciser le cadre national de la politique de convergence tarifaire. En effet, c'est la convergence des dotations de soins entre établissements publics qui constitue le point de départ de la décision du Groupement Hospitalier de Gériatrie (GHG) des Hospices de procéder à la réévaluation du nombre de lits et de leur qualification, avant de décider de procéder à la cession de deux de leurs établissements de gériatrie, situés l'un au nord et l'autre au sud du département, dans des

délais rapprochés (au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juin 2010). En toile de fond, ces opérations de cessions d'établissements sont la conséquence indirecte de la partition des lits d'USLD et d'EHPAD opérée par les HCL.

La circulaire budgétaire du 17 mars 2009 offre aux établissements publics de santé la possibilité d'augmenter leurs capacités d'hébergement afin de diminuer le différentiel de dotation mis en évidence par la coupe PATHOS. La réalisation de la coupe PATHOS, pratiquée à partir de 2006 sous le contrôle des médecins conseils des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), a mis en évidence des surdotations, notamment au sein des CHU français. L'enquête nationale réalisée par la FHF<sup>4</sup> sur la convergence tarifaire en EHPAD permet de mettre l'accent plus précisément sur la situation des établissements du département du Rhône<sup>5</sup>.

#### Extraits de la liste des établissements concernés par la convergence tarifaire dans le Rhône

|                   | Raison sociale                                    | Capacité Retenue | GMP    | PMP    | % de dépassement – convergence 2009 |
|-------------------|---------------------------------------------------|------------------|--------|--------|-------------------------------------|
| <b>69 - Rhône</b> |                                                   | <b>1 506</b>     |        |        | <b>27,4%</b>                        |
| 690022835         | CAMILLE CLAUDEL                                   | 48               | 724,00 | 168,00 | 15,8%                               |
| 690031885         | EHPAD Résidence Pierre de Beaujeu                 | 25               | 809,00 | 168,00 | 14,5%                               |
| 690031893         | <b>Hospices Civils de Lyon</b>                    | 466              | 827,00 | 183,46 | 49,3%                               |
| 690781786         | LA SALETTE BULLY                                  | 88               | 750,00 | 168,00 | 9,7%                                |
| 690785431         | LE MANOIR                                         | 61               | 642,00 | 168,00 | 8,8%                                |
| 690785571         | EHPAD Châteauvieux                                | 100              | 693,00 | 168,00 | 0,5%                                |
| 690785621         | LE CERCLE DE LA CARETTE                           | 62               | 494,00 | 144,00 | 2,3%                                |
| 690785647         | EHPAD Saint Raphael                               | 70               | 729,00 | 165,00 | 1,6%                                |
| 690788674         | EHPAD Château Gaillard                            | 18               | 636,00 | 168,00 | 76,0%                               |
| 690788682         | EHPAD Jean Jaurés                                 | 20               | 664,00 | 168,00 | 37,9%                               |
| 690797543         | L ORANGERIE                                       | 24               | 759,00 | 108,00 | 49,9%                               |
| 690797618         | EHPAD Henri Vincenot                              | 56               | 625,00 | 168,00 | 11,9%                               |
| 690799994         | EHPAD rattaché à l'hôpital de Sainte Foy Lès Lyon | 105              | 715,00 | 148,00 | 10,7%                               |
| 690800024         | <b>EHPAD DE L'HOPITAL DE GIVORS</b>               | 76               | 760,00 | 177,00 | 14,0%                               |
| 690801576         | MAPAD LA VIGIE DES MONTS D OR                     | 90               | 675,00 | 149,00 | 21,0%                               |
| 690802327         | EHPAD Les Landiers                                | 120              | 732,00 | 168,00 | 9,7%                                |
| 690802756         | LA DIMERIE                                        | 38               | 726,00 | 168,00 | 8,3%                                |
| 690802905         | EHPAD Alternative                                 | 13               | 771,00 | 168,00 | 1,2%                                |

La question de la surdotation des lits d'USLD (estimée à 3,6 millions d'€) et d'EHPAD (3,9 millions d'€) du GHG, alliée à la perspective de la convergence à mettre en place avant 2016 conduisent donc les HCL à repenser leur capacité d'accueil en termes de lits d'hébergements pour personnes âgées (lits d'USLD et lits d'EHPAD). La circulaire du 19 mars 2009 permet de réduire le différentiel de dotation en augmentant la capacité de lits

<sup>4</sup>[http://www.hopital.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Vieillesse-Handicap/personnes-handicapees/La-convergence-tarifaire-en-EHPAD-bien-amoinerie/\(language\)/fre-FR](http://www.hopital.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Vieillesse-Handicap/personnes-handicapees/La-convergence-tarifaire-en-EHPAD-bien-amoinerie/(language)/fre-FR)

<sup>5</sup> Enquête sur la convergence tarifaire en EHPAD, FHF, 15 octobre 2009.

tout en conservant des moyens identiques, mais ce n'est pas l'option retenue par les HCL, qui n'avaient pas la volonté d'augmenter leurs capacités en USLD et EHPAD, mais *a contrario* de se repositionner sur l'USLD (dont le niveau de Soins Médicaux Techniques Importants est plus en rapport avec le secteur sanitaire) et de réduire le nombre de lits d'EHPAD en transférant la gestion de deux de leurs établissements. Ce contexte de très forte tension budgétaire suppose la mise en application de la partition entre les lits étiquetés USLD et les lits étiquetés EHPAD au sein du Groupement Hospitalier de Gériatrie. Cette partition s'opère entre les cinq établissements de gériatrie qui appartenaient aux Hospices, avec l'ambition de céder les lits d'EHPAD pour se recentrer sur la partie gériatrique sanitaire, c'est-à-dire sur les Unités de Soins Longue Durée. Dans cette optique, les HCL procèdent à la cession de deux établissements de gériatrie excentrés de Lyon sur une même période, l'un sur la commune de Givors et l'autre sur la commune d'Alix (Rhône), mais avec des *modus operandi* et des enjeux très différents entre les deux sites.

Par conséquent, c'est la convergence tarifaire, arrêtée par la DDASS du Rhône, qui a amenée les HCL à imaginer une solution visant à réduire leur niveau de surdotation ainsi mis en exergue par les calculs des autorités de tutelles, et par extension à procéder à une partition des lits d'USLD et d'EHPAD, en vue d'un redéploiement de la filière de prise en charge gériatrique des HCL. De ce débasage des dotations de soins pour les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes (USLD et EHPAD) sont nées deux opérations de transfert de gestion organisées par les Hospices : la cession de l'EHPAD Bertholon-Mourier (situé sur la commune de Givors) et de l'hôpital gériatrique du Val d'Azergues (situé sur la commune d'Alix), l'une effective au 1<sup>er</sup> janvier 2010 et l'autre au 1<sup>er</sup> juin 2010. D'une contrainte strictement budgétaire pour les HCL naît un projet pour l'élargissement de l'activité pour le CH de Givors. Selon Jean-Paul LECOMTE, directeur du Groupement Hospitalier de Gériatrie des Hospices, les deux opérations de transfert, quasi simultanées, permettent de clarifier l'offre de soins gériatrique du CHU de Lyon, lequel n'a pas vocation à proposer de l'hébergement qualifié EHPAD, mais plutôt des lits pour des phases aiguës, de la réadaptation, du court séjour gériatrique ou des USLD. La cession des lits d'EHPAD les plus éloignés de Lyon correspond avant toute chose à une réorganisation de la filière gériatrique des HCL, mais la convergence des dotations de soins (et les surdotations ainsi mises au jour) constitue un élément déclencheur, et surtout un accélérateur de ce processus de cession d'établissements périphériques. Néanmoins, il convient d'ajouter à ce phénomène la situation budgétaire tendue du CHU de Lyon pour avoir une vue précise du contexte qui sert de terreau à l'opération de transfert de gestion.

### 1.1.2. La situation budgétaire tendue des Hospices Civils de Lyon

Le second élément de contexte financier intervient en avril 2008, avec la publication des résultats des audits financiers des HCL, commandés par le Directeur Général, Paul CASTEL, lors de sa prise de fonctions. Ces audits mettent en évidence une insuffisance d'auto financement et un déficit de grande ampleur du deuxième CHU de France. A la même époque, déclare Laurent RAISIN-DADRE, se développe aux Hospices l'idée selon laquelle certains établissements sont trop éloignés de Lyon, et ne correspondent plus à une logique de filière de lits d'aval. Dans le même temps, le projet d'établissement 2005-2010, pourtant approuvé par le conseil d'administration des HCL depuis le 26 septembre 2006, est refusé par l'ARH en avril 2008, ce qui conduit l'établissement à redéfinir sa politique stratégique. Cependant, le projet de transfert de gestion ne constitue, à ce stade, qu'une « réflexion » engagée par les deux établissements, sans contour précis. Dans la version non adoptée du « Projet d'établissement 2005-2010 » des HCL, il n'est pas fait mention des objectifs de transferts d'activités de Bertholon-Mourier et de l'hôpital gériatrique du Val d'Azergues, même si l'idée de la cession de ces deux établissements en périphérie de Lyon est présente dans les esprits. Aucun écrit ne prévoyait ces deux transferts en parallèle, mais la perspective de les voir se réaliser était envisageable à terme, remarque Laurent RAISIN-DADRE. Le projet d'établissement<sup>6</sup> des HCL prévoyait pour le long séjour gériatrique, dans sa version non adoptée : « une réflexion stratégique fondée sur la formalisation d'un nouveau projet de service et la réhabilitation architecturale et fonctionnelle des installations » afin de « rendre plus compétitive une offre de soins totalement légitime au regard des besoins à venir de la population ». De plus, le chapitre de ce projet consacré à la « Coopération hospitalière » note que les Hospices « proposent de promouvoir une coopération forte avec les établissements non CHU de la région Rhône-Alpes dans le cadre de la maîtrise de l'activité de proximité », tout en mettant en place « des coopérations équilibrées avec le secteur médico-social pour améliorer la fluidité de la filière de prise en charge des personnes âgées ». L'objectif des conventions, tel qu'il apparaît dans ce document, est de définir des volumes de patients pris en charge par les EHPAD, tout en favorisant « un maillage des relations sur les territoires en prenant en compte l'histoire et la culture des sites ». Les réflexions ont évolué depuis, pour voir la réalisation de certaines conventions (plus de 10 répertoriées lors de mon stage) entre le CH de Givors et les HCL.

Les éléments financiers représentent donc une part importante des facteurs déclencheurs de l'opération de transfert de gestion, mais ne peuvent expliquer à eux seuls la rapidité de

---

<sup>6</sup> Projet d'établissement 2005-2010, p255

sa réalisation. Pour cela, il convient d'analyser le dynamisme d'un établissement en recomposition, sous l'influence de son nouveau directeur.

## **1.2. Un Centre Hospitalier en mutation qui cherche à pérenniser son activité**

Le mouvement national de recomposition des établissements publics constitue désormais un invariant pour un directeur, et ce dans l'ensemble des régions françaises. Le département du Rhône ne fait pas exception à la règle, sous l'impulsion des schémas départementaux (SROS et SROSMS). Le CH de Givors, situé à mi-chemin entre le CHU de Lyon et le CHU de Saint-Etienne, privé de sa chirurgie, a entamé sa restructuration depuis l'arrivée d'un nouveau chef d'établissement. Tous ces éléments concourent à favoriser le transfert de gestion des lits d'EHPAD, afin de préparer les futures orientations du Centre Hospitalier de manière sereine mais avec anticipation. L'enjeu est d'importance puisqu'il s'agit de pérenniser l'activité du Centre Hospitalier.

Le Centre Hospitalier appartient au bassin sanitaire « Lyon sud et ouest », lequel regroupe 35 000 habitants. La population qui le compose est relativement plus jeune que la moyenne régionale. De plus, le taux de chômage y est élevé, tandis que le revenu moyen imposable est inférieur à la moyenne régionale. Cette fragilité du tissu social conduit le Centre Hospitalier à jouer un rôle important en termes d'accès aux soins. De fait, la population fréquentant le CH est principalement locale. Quatre-vingt-huit pour cent d'entre elle est originaire des villes de Givors et des communes limitrophes (Grigny, Mornant, Chasse-sur-Rhône). Ce qui souligne un recrutement local, tant pour les activités sanitaires que médico-sociales. Les tranches d'âge les plus fréquentes sont les 20-40 ans (30 %) et les enfants (10 %) en grande partie liés à l'activité de la maternité. Les tranches d'âge au-delà de 65 ans sont également bien représentées (26 %) et confirment le caractère polyvalent de l'activité de l'établissement.

D'un point de vue socio-économique, la population ayant recours au CH est une population plutôt fragile avec une forte proportion de personnes aux revenus modestes (revenu moyen par ménage de 15 000 € par an soit 25 % inférieurs à la moyenne nationale).

Prenant en considération ces éléments socio-démographiques, le développement des activités du CH dans le secteur de la médecine du sport, de l'obstétrique, de l'endocrinologie et de la prise en charge du sujet âgé sont autant de diversifications qui permettent d'élargir le bassin de recrutement des patients tout en répondant à la demande sanitaire. Ces nouveaux secteurs d'activité sont de nature à asseoir l'activité, et partant les recettes, d'un centre hospitalier de proximité en mutation depuis 2006, date de l'arrêt de son activité de chirurgie.

Le Centre Hospitalier s'adapte aux évolutions du secteur sanitaire et social ainsi qu'aux besoins de la population, et ce depuis l'arrêt de son activité chirurgicale et l'arrivée d'un nouveau chef d'établissement (1.2.1), dans le but d'atteindre le seuil critique pour assurer sa pérennité (1.2.1).

#### 1.2.1. La fermeture de l'activité chirurgicale concomitante à l'arrivée d'un nouveau directeur

L'année 2006 constitue un tournant dans la vie du CH de Givors, puisqu'elle correspond à la fermeture du bloc chirurgical (après de grandes tensions médiatiques et politiques) et à l'arrivée d'un nouveau chef d'établissement, Serge MALACCHINA. Après 12 années passées au sein des HCL, ce dernier prenait sa première chefferie, à la tête d'un Centre Hospitalier de proximité en plein bouleversement. Les incertitudes étaient nombreuses sur l'avenir de l'établissement, mais le protocole d'accord signé avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) d'alors faisant état du maintien de l'activité obstétricale, sous certaines conditions quantitatives et qualitatives. Dans ce contexte tendu, l'arrivée d'un nouveau directeur correspond à un moment privilégié pour l'établissement, qui entame alors sa mue, sous les orientations données par Serge MALACCHINA. L'objectif avoué par le directeur est de repositionner le CH de Givors sur le secteur gériatrique, sur la médecine polyvalente et sur certaines niches (notamment la médecine du sport, qui connaît un grand succès depuis l'ouverture des consultations) de diversifications médicales.

L'élément central est la fermeture de la chirurgie du centre hospitalier de Givors, ainsi que la mise en place d'une convention-cadre de coopération entre Givors et les HCL. C'est la première pierre d'une coopération entre les deux entités, dont la signature intervient en mars 2006, quelques mois après la prise de fonctions de Serge MALACCHINA. Cette convention est la pierre angulaire des coopérations à venir entre le centre hospitalier et le CHU de Lyon, dans les domaines de la prise en charge médicale, de la fonction de l'approvisionnement et des transports. C'est elle qui fait figure de point de départ, en 2006, et ce avant même la délégation de gestion qui sera décidée au dernier trimestre 2009.

Le Centre Hospitalier de Givors était donc dans une situation délicate au début des années 2000, mais la fermeture du bloc, la redynamisation de l'activité obstétricale, le projet de modernisation et de restructuration, ainsi que les absorptions de lits d'EHPAD voisins participent du renouveau de l'établissement. La faible activité chirurgicale, avec un des taux de fuite les plus élevés de la région (82%) explique l'orientation stratégique prise par la structure en décidant de fermer le bloc. Le protocole signé avec l'ARH pour l'obtention d'une enveloppe budgétaire de 12 millions d'euros consiste à atteindre d'ici fin

2010 le seuil de 800 naissances, de produire 9 000 journées de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) et de conserver un EPRD à l'équilibre.

Depuis sa prise de fonctions à Givors, Serge MALACCHINA a pour objectif de pérenniser l'activité de l'établissement dont il a la responsabilité, et cet ancrage dans l'avenir passe nécessairement, selon lui, par un accroissement de l'offre gériatrique dans un bassin sanitaire qui connaît des manques identifiés, et partant, par l'augmentation du nombre de lits d'EHPAD disponibles.

### 1.2.2. A la recherche de la taille critique

De l'aveu même du chef d'établissement, l'objectif est d'atteindre une taille critique pour permettre d'assurer la pérennité de l'établissement givordin. La cession des lits d'EHPAD par le CHU de Lyon, qui n'impacte pas le Conseil Général (pas de création de nouveaux lits car il s'agit seulement d'une transformation du numéro SIRET), s'inscrit dans une logique plus large de mise en place d'une filière gériatrique complète. Au sein de cette filière, l'hôpital de Givors aurait une place de choix, mais articulerait son action avec des conventions avec les EHPAD environnants, notamment pour les phases aiguës des pathologies liées au grand âge. La récupération des 112 lits de la fondation Bertholon-Mourier a été pensée, et ce depuis la genèse du projet, en prévoyant un regroupement sur le site du CH de Givors à l'horizon 2013, dans un nouveau bâtiment de gériatrie. Ce futur bâtiment, dont le financement est encore à l'étude avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Général du Rhône, doit regrouper les 76 lits déjà existants au sein du CH de Givors, ainsi que les 112 lits gérés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Il me paraît très important, dans la réussite du projet, d'intégrer un volet architectural (création et financement d'un nouveau bâtiment construit sur le foncier disponible du CH) dès l'origine. Un tel objectif permet de donner un sens au projet, au sens physique du terme, tant chez les personnels que chez les usagers, mais aussi aux yeux des autorités de tutelle.

En effet, l'objectif exprimé (après la mise à disposition pendant trois ans des agents et la location annuelle de la structure) est d'absorber les lits de la fondation Bertholon-Mourier et de les réinstaller physiquement sur le site du Centre Hospitalier de Givors, afin d'atteindre une taille critique et de réaliser des économies d'échelles, tout en assurant la mise en place d'une filière gériatrique complète (qui doit aller de l'unité de soins longue durée jusqu'à l'équipe mobile de gériatrie qui devrait être mise en place dès 2011, en passant par les consultations mémoire Alzheimer et l'accueil de jour). En parallèle des négociations pour le financement du bâtiment de gériatrie, la direction du CH travaille sur la constitution de dossiers pour l'obtention d'autorisations d'ouverture d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et d'une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).

Du point de vue institutionnel, l'établissement a réécrit son Projet d'Établissement (voté par les différentes instances au cours du mois de décembre 2009). Celui-ci présente des objectifs dans le domaine de la prise en charge gériatrique et de l'intégration de lits d'EHPAD. Enfin, l'établissement dispose d'un protocole d'accord avec l'ARH Rhône-Alpes signé en juin 2008.

L'intégration de la fondation Bertholon-Mourier s'est effectuée à moyens constants pour le CH, c'est-à-dire sans recrutement spécifique, de la part du CH, pour assurer la conduite de l'opération de transfert. Le nombre de lits présents sur l'établissement permet en effet, selon les projections réalisées par la direction des affaires financières, d'intégrer plus de 200 lits à effectifs constants. Cette marge de progression permet au CH d'envisager l'absorption de nouveaux lits, afin d'atteindre la taille critique envisagée par le directeur d'établissement, Serge MALACCHINA, c'est-à-dire environ 500 lits dans les quinze années à venir. C'est, d'après le chef d'établissement, la condition sine qua non de la pérennisation de l'activité d'un établissement de santé, qui doit exister à proximité d'un CH d'un millier de lits (CH de Vienne) et du CHU de Lyon.

La fondation Bertholon-Mourier est un établissement qui appartenait précédemment aux HCL, et qui constituait l'un des 5 sites de gériatrie au sein du Groupement Hospitalier de Gériatrie (GHG). Doté d'une capacité d'hébergement de 112 lits, cette fondation était labellisée USLD jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009, date à laquelle l'établissement prend la qualification d'EHPAD. Pour se rapprocher de l'équilibre et dans le cadre de leur Projet d'Établissement, les HCL ont, depuis une quinzaine d'années, envisagé une coopération renforcée avec deux Centres Hospitaliers (Givors et Villefranche-sur-Saône) pour procéder à un transfert de gestion de leurs établissements périphériques, et notamment de deux établissements : Bertholon-Mourier et Val d'Azergues. La concrétisation de ces opérations doit permettre de réduire la dotation supérieure au plafond, en choisissant l'option d'une diminution du nombre de lits d'EHPAD, et non en décidant l'ouverture de nouveaux lits à moyens budgétaires et humains constants. Cette requalification a agit comme un effet d'aubaine pour le CH, qui cherchait déjà à accroître ses capacités d'accueil en gériatrie en étudiant la reprise des vingt lits du foyer-logement Jean Vinson, actuellement géré par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la commune de Givors.

### **1.3. Prendre acte du déficit de l'offre gériatrique au sud de Lyon : l'ambition d'une filière gériatrique complète**

Ce transfert de gestion, s'il est perçu comme une intrusion externe par les personnels de l'EHPAD Bertholon-Mourier, n'en demeure pas moins une expérience intéressante sur la plus-value que peut apporter un Centre Hospitalier à un EHPAD qui lui est « adossé ». L'expertise du Centre Hospitalier de Givors, dans la gestion d'un EHPAD et pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, est ancienne puisque l'hôpital accueille 76 résidents dans un bâtiment dédié. De plus, la gestion des 112 lits supplémentaires de l'EHPAD Bertholon-Mourier peut constituer une réponse quantitative et qualitative dans la perspective d'augmenter le degré de qualité de prise en charge de la personne âgée dépendante, en développant la culture médico-sociale et en plaçant l'usager au cœur du dispositif de l'établissement. Cette intégration est l'occasion d'une réflexion du centre hospitalier sur ses pratiques internes, sur l'organisation de son propre EHPAD de 76 lits ainsi que sur les invariants inhérents à la prise en charge de résidents, en lieu et place de patients. Cet accroissement de la qualité de prise en charge s'analyse sous deux aspects : d'une part grâce à la culture médico-sociale du CH (1.3.1), et d'autre part dans le lancement d'une réflexion sur l'homogénéisation des pratiques professionnelles, commune aux équipes des deux EHPAD, et qui constituera dans l'avenir la colonne vertébrale de la prise en charge des personnes âgées (1.3.2).

#### 1.3.1. Un établissement public de santé sensibilisé à la culture médico-social

Elément structurant de la réalisation du transfert de gestion, la présence d'un EHPAD de 76 lits au sein du CH de Givors participe de beaucoup au dialogue et à la complémentarité entre les deux secteurs. Il semble important, afin de bien cerner les cultures des forces en présence d'en dresser un portrait relativement précis.

Le Centre Hospitalier de Givors a un rôle de proximité qui s'exprime à travers ses activités de médecine polyvalente, de chirurgie obstétricale, d'obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), son établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et son service d'urgences 24h/24.. Sa mission première est d'assurer des soins médicaux et chirurgicaux polyvalents de proximité. Les deux services de médecine ont des orientations cardiologiques et pneumologiques, tandis que la maternité est de niveau I<sup>7</sup>. Cette dernière fait l'objet de toutes les attentions, car c'est la clé de voute du projet de modernisation d'établissement. En effet, l'objectif fixé par les

---

<sup>7</sup> Maternité qui comporte une unité d'obstétrique, mais pas d'unité de néonatalogie ni d'unité de réanimation néonatale

autorités sanitaires est d'atteindre le nombre de 800 accouchements par an à l'horizon 2010, afin d'assurer la pérennité de l'hôpital. Certains points importants sont d'ores et déjà actés avec les tutelles sanitaires, parmi lesquels figurait l'arrêt de l'activité chirurgicale et l'augmentation de l'activité obstétricale. Dans cette perspective, l'établissement a connu une phase de réorientation de ses activités médicales vers la gynécologie et l'obstétrique, mais cherche aussi à développer son offre gériatrique en créant une filière complète. Le cadre général des activités du Centre Hospitalier s'inscrit dans la recherche de l'accroissement du nombre de lits pour atteindre la taille critique des 500 lits (selon les critères admis par la Fédération Hospitalière de France). Actuellement, l'établissement procède à la mise en place des Pôles d'Activité Médicale (PAM). Sa capacité d'accueil et ses activités se résument dans le tableau qui suit.

| <b>Centre Hospitalier de GIVORS</b>            |            |
|------------------------------------------------|------------|
| <b>Nombre de lits</b>                          |            |
| Maternité                                      | 16         |
| Chirurgie gynécologique                        | 4          |
| <b>Total PAM chirurgie bloc maternité</b>      | <b>20</b>  |
| Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) | 3          |
| Hôpital de jour (HDJ)                          | 5          |
| Médecine                                       | 55         |
| Médecine - lits dédiés soins palliatifs        | 5          |
| SSR polyvalent post chirurgie                  | 15         |
| SSR polyvalent médecine                        | 15         |
| Etat végétatifs chronique (EVC)                | 5          |
| <b>Total PAM Médecine</b>                      | <b>103</b> |
| SSR gériatrique                                | 14         |
| EHPAD Givors                                   | 76         |
| EHPAD Bertholon-Mourier                        | 112        |
| <b>Total PAM gériatrie</b>                     | <b>202</b> |
| <b>Total de lits</b>                           | <b>325</b> |

On observe à la lecture de ce tableau que les activités à orientation gériatrique sont prégnantes au sein du Centre Hospitalier. C'est pour cette raison que l'expertise est ancienne, notamment grâce à un service de médecine cardiologique qui connaît la problématique des patients âgés polypathologiques et les recherches de lits de long séjour à l'issue des périodes de soins aigus. Sur les 325 lits du CH de Givors, 202 sont dédiés à la prise en charge du sujet âgé, preuve de son appétence pour la gériatrie et de son expertise en ce domaine, que l'actuel directeur entend développer jusqu'à la constitution d'une filière gériatrique complète.

La gestion des 112 lits de l'EHPAD Bertholon-Mourier s'accompagne de la mise à disposition au 1<sup>er</sup> janvier de 91 agents HCL, dont une dizaine demande rapidement leur intégration en tant qu'agent du CH. Le CH procède au remboursement des salaires des agents mis à disposition. Les HCL émettent un titre de recette trimestriel en direction du CH, correspondant aux salaires des agents mis à disposition, sans les primes et avantages non statutaires spécifiquement mis en place par les HCL.

Le détail des effectifs du CH apparaît dans le tableau suivant :

**Effectif total rémunéré au sein du CH de Givors (budgets H et E)**

| Nombre total d'agents : 498 agents physiques au 31 mars 2010, représentant 438,93 ETP |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnel médical                                                                     | <b>37,67</b>  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Personnel non médical                                                                 | <b>370,26</b> | Dont :<br>- ASH : 45,3<br>- ASD : 92,13<br>- IDE : 80,01<br>- IADE : 2,72<br>- IBODE : 4<br>- MER : 7,8<br>- Sage-femme : 14,5<br>- Auxiliaire puéricultrice : 11,2<br>- Préparateur en pharmacie : 3<br>- Cadre de santé : 8,9<br>- Filière technique : 40,22<br>- Filière administrative : 49,2<br>- Psychologue : 1,51<br>- Masseur kinésithérapeute : 2,35<br>- Diététicien : 2,3<br>- animateur : 1,2<br>- Assistant socio-éducatif : 3,92 |
| Contractuels (médical et non médical)                                                 | 91            | Dont 29 médicaux et 62 non médicaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

La composition professionnelle diversifiée du CH permet par conséquent à l'EHPAD Bertholon-Mourier de bénéficier de certaines compétences qui sont présentes sur le site hospitalier, comme c'est le cas notamment d'une Aide Soignante très engagée dans l'animation de l'EHPAD du Centre Hospitalier, et qui va occuper un poste d'animateur à Bertholon-Mourier dès la fin d'année 2010, après avoir obtenu le diplôme ad hoc. Cet exemple de mutualisation des compétences permet à une structure de concevoir son plan annuel de formation sur un effectif plus important, et offre aux personnels un plus grand nombre de débouchés à l'issue d'une formation. De la sorte, l'institution comme les hommes retirent chacun un avantage de ce transfert de gestion.

### 1.3.2. Un transfert qui est l'opportunité d'une réflexion visant l'amélioration de la prise en charge du sujet âgé

C'est depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 que l'EHPAD Bertholon-Mourier est intégrée au CH de Givors, dont il constitue la pierre angulaire dans la perspective de mettre en place une filière gériatrique complète, pour répondre au plus près au SROS Rhône-Alpes et aux besoins de la population du bassin de santé. Les personnes accueillies offrent des niveaux de dépendance distincts, avec un GIR Moyen Pondéré (GMP) supérieur sur le site Bertholon-Mourier. Cet écart s'explique par le passé de l'établissement. En effet, les lits de celui-ci étaient qualifiés USLD jusqu'au 31 décembre 2008, avant d'être requalifiés EHPAD au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ce changement de statut (et par extension du mode de financement) s'est effectué alors même que les patients/résidents sont restés dans le même lit.

|                      | EHPAD Givors       | EHPAD Bertholon-Mourier |
|----------------------|--------------------|-------------------------|
| Age moyen à l'entrée | 84 ans             | 86                      |
| GMP validé           | 726                | 848,19                  |
| PMP validé           | 177 (juillet 2008) | 364 (ancienne USLD)     |

*Tableau comparatif de la lourdeur des hébergés accueillis sur les 2 sites*

Le SROS de Rhône-Alpes, qui détermine le cadre d'exercice des établissements sanitaires, souligne le déficit dans la prise en charge des patients âgés et atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentés. Dans un mouvement comparable, le Conseil Général du Rhône a adopté à l'unanimité, en septembre 2009, le 3<sup>ème</sup> schéma départemental en faveur des personnes âgées et handicapées, et fait figurer en première partie de son schéma directeur un état des lieux de l'offre médico-sociale « centré sur la personne et son environnement » ainsi qu'une monographie présentant la sociologie des personnes âgées du canton de Givors.

L'état des lieux dressé en première partie du Schéma départemental en faveur des personnes âgées fait apparaître un accroissement des plus de 60 ans dans la région Rhône-Alpes, qui représentent 22% de la population régionale<sup>8</sup> (soit 1,34 millions), dont ¼ vivent dans le département du Rhône.

Les études prospectives<sup>9</sup> présentées par les Hospices Civils de Lyon font état d'un accroissement de 44% du nombre de personnes de plus de 85 ans vivant dans le Rhône à l'horizon 2010 (ce qui représente une population de 36 000 personnes). Cet élément de la démographie du Rhône impacte le CH de Givors, situé au sud est du département,

<sup>8</sup> Schéma départemental en faveur des personnes âgées et handicapées, p6

<sup>9</sup> Projet d'Etablissement HCL 2005-2010, p20

notamment pour le cas particulier des immigrés vieillissants, lesquels vivent majoritairement à l'est lyonnais. Cette donnée sociologique influe sur l'offre de soins et les réponses qui sont apportées par le CH de Givors aux besoins de santé publique de la population-cible.

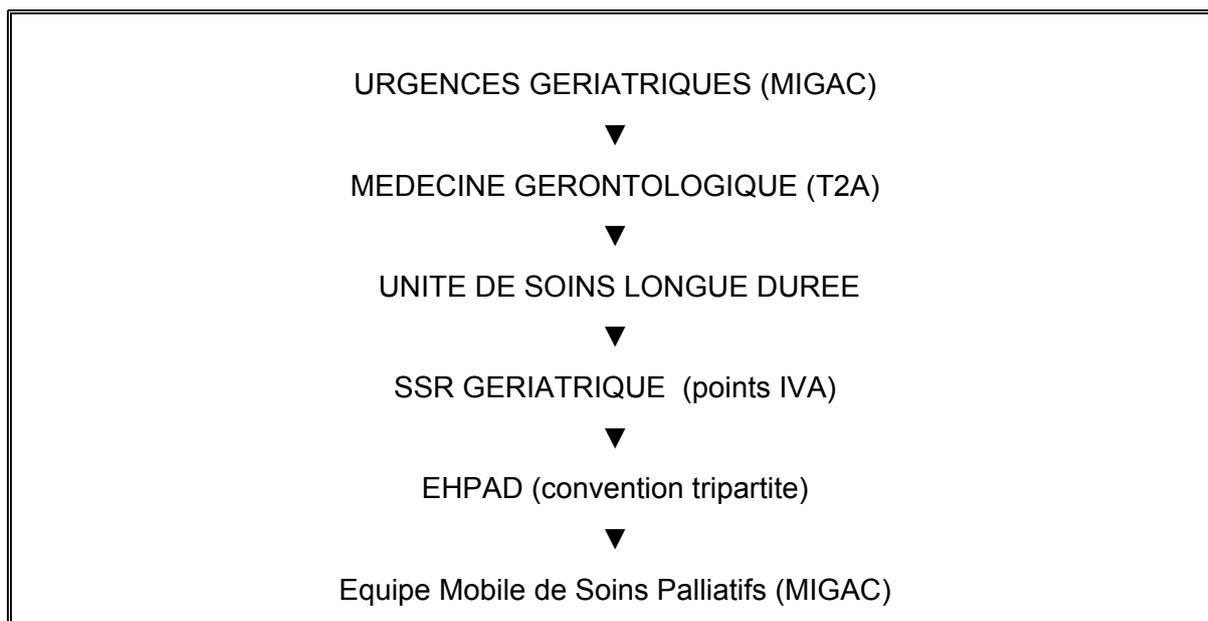
Répondant à cet état de fait, le Centre Hospitalier de Givors entend, tout en développant son activité de gériatrie mettre en place une filière gériatrique complète. Cette filière complète, qui devra à terme comporter un PASA, des lits d'USLD, ou une UHR (conformément à la demande formulé en mars 2010 lors d'une réunion avec le Conseil Général du Rhône et la DDASS) s'organisera sur le territoire du sud lyonnais et s'articulera avec le CH Lyon Sud (établissement HCL) et les EHPAD des environs. Cette filière intègre le projet de construction d'un nouveau bâtiment dont le financement fait l'objet d'études et de négociations depuis le mois de décembre 2009 avec les autorités de tutelle. La DDASS a conservé pour le CH le niveau de surdotation de l'EHPAD Bertholon-Mourier, et ce pour une période de 4 ans. La condition requise est de placer les crédits garantis en réserve d'investissement, afin de préparer le financement du futur bâtiment. Cette aide financière constitue un signal fort en direction du CH pour la mise en place d'un projet ambitieux, puisque la surdotation attribuée représente la somme de 1,2 million d'euros. Ce bâtiment doit, à l'horizon 2013, regrouper l'ensemble des lits d'EHPAD du CH et de Bertholon-Mourier dans un bâtiment construit spécialement, avec une architecture de plein pied, en utilisant la pente du terrain disponible autour de l'hôpital de Givors pour proposer des espaces parfaitement adaptés à la prise en charge de personnes âgées et des personnes atteintes de démences de type Alzheimer.

| <b>Les objectifs inhérents à la mise en place d'une filière gériatrique</b>                                        |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| - le transfert de gestion des 112 lits de BM                                                                       | - développer et approfondir les coopérations avec les EHPAD voisins           |
| - la construction d'un nouveau bâtiment pour regrouper les lits d'EHPAD du CH et de la fondation sur le site du CH | - proposer des lits d'aval et d'amont<br>- offrir un continuum de prestations |

Aujourd'hui, le CH de Givors offre des lits de SSR gériatrique, des lits d'EHPAD, dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs dirigée par la Docteur VERSCHELDE. Demain, l'idée directrice est de pouvoir demander à l'ARS la création de lits d'USLD, afin de pouvoir créer une filière gériatrique complète au sein de l'établissement, et de disposer de lits d'aval et d'amont pour le patient âgé.

L'histoire du CH a fait du service d'urgence le grand pourvoyeur des séjours d'hospitalisation en médecine. De plus, l'orientation polyvalente des deux services de médecine (prise en charge de patients plutôt âgés et polypathologiques) permet à

l'établissement d'esquisser d'ores et déjà une logique de filière de soins. A terme, les lits d'EHPAD s'inscriraient dans un maillage gérontologique, garantissant aux résidents hébergés une qualité optimale de soins lorsqu'ils sont malades grâce à l'organisation en réseau avec les structures sanitaires les plus proches (pour les phases aiguës ou l'appui d'un plateau médico-technique) ou les services de SSR (pour les phases de rééducation). Selon les études réalisées par la Direction des Affaires Financières du CH de Givors, une filière gériatrique complète pourrait se schématiser de la façon suivante :



Schématisme d'une filière gériatrique complète

Adoptant une démarche prospective, l'ambition du CH est donc de mettre en place une filière, avec l'aide d'établissements et de partenaires extérieurs, qui reprendrait le schéma précédent. L'intégration de l'EHPAD Bertholon-Mourier répond donc, au regard des observations qui précèdent, à une réflexion plus large, menée par le CH, sur la prise en charge des personnes âgées et la réorganisation de l'offre médico-sociale.

Pourtant, l'intégration d'un établissement de culture sanitaire, anciennement qualifié USLD, marqué par son appartenance historique à un établissement hospitalo-universitaire, au sein d'un centre hospitalier de proximité n'est pas sans présenter certaines difficultés. L'analyse des enjeux soulevés par cette opération permettra de sérier les atouts et les obstacles à cette intégration d'un EHPAD dans un centre hospitalier.

~~~

## **2<sup>ème</sup> partie : Analyse des enjeux de l'intégration de l'EHPAD Bertholon-Mourier au sein du Centre Hospitalier de Givors**

Les origines du succès du transfert de gestion sont multiples. Mais des obstacles rencontrés localement et structurellement peuvent aussi devenir source d'enseignements pour un futur directeur. C'est dans cette perspective que l'étude des enjeux s'articule entre deux éléments : les éléments favorables au succès du transfert de l'EHPAD Bertholon-Mourier et les obstacles rencontrés qui constituent des éléments de blocage à l'intégration au sein du centre hospitalier de Givors. L'analyse des limites et des contraintes rencontrées (2.1) pendant les six premiers mois de cette gestion, tant du point de vue du CH que du point de vue de l'EHPAD Bertholon-Mourier, ainsi que des leviers (2.2) permettront d'établir un diagnostic. Ce diagnostic des atouts et des contraintes d'une fusion d'établissements de cultures distinctes servira à mettre en relief les points d'achoppements à repérer lors d'une opération de ce type.

### **2.1. Les limites rencontrées lors du transfert de gestion**

L'analyse des limites observées lors du transfert de gestion suppose le repérage d'obstacles de nature à ralentir, obstruer ou rendre plus difficile le transfert de gestion d'un établissement vers un autre. Repérer en amont les éléments bloquants permet de les affronter pour mieux les désamorcer. De façon à mieux sérier les contraintes rencontrées au cours du transfert de gestion de l'EHPAD Bertholon-Mourier, nous nous attacherons dans un premier temps aux blocages identifiés sur le site transféré d'une part, puis sur le site d'accueil dans un second temps.

#### **2.1.1 Au sein de l'EHPAD Bertholon-Mourier : la peur du « déclassement »**

Le frein le plus souvent et unanimement relevé au cours des six premiers mois du transfert est le sentiment d'appartenance des personnels de l'EHPAD Bertholon-Mourier aux HCL. La culture sanitaire y est très développée, liée au passé d'USLD et à l'appartenance ancienne à la « grande maison » des Hospices Civils. Le directeur du GHG, Jean-Paul LECOMTE, considère que les agents de Bertholon-Mourier ont connu deux deuils successifs. Le premier au 1<sup>er</sup> janvier 2009 avec la requalification d'USLD à EHPAD, et le second au 1<sup>er</sup> janvier 2010 avec la cession à un CH de proximité. Ces deux événements marquants et rapprochés dans le temps ont fait naître un sentiment profond et palpable de « déclassement » chez les personnels soignants du site Bertholon-Mourier.

La transition est vécue comme un traumatisme, surtout si l'on considère la communication tardive auprès des personnels Hospices, qui n'était pas de nature à rassurer les esprits. Les agents du site Bertholon ne disposaient d'aucune information officielle, et ce jusqu'au au mois de juillet 2009. Ce qui signifie que ces derniers ont appris la décision de cession prise par les HCL moins de six mois avant l'effectivité de cette opération. Cette absence d'information a été de nature à développer un sentiment d'abandon, ou de négligence chez les personnels, peu compatible avec un optimisme face au changement. Ce phénomène de deuil était perceptible dans les conversations tenues avec certains personnels, et se trouve corroboré par les propos du docteur PHILIP, médecin chef de service de l'EHPAD Bertholon-Mourier, qui précise qu'il existe parmi les soignants une crainte de ne plus pouvoir exercer son travail dans des conditions de qualité satisfaisante. De plus, le transfert de gestion coïncidait avec le départ en retraite au 1<sup>er</sup> juillet 2010 du docteur PHILIP, après près de trente années au sein de la fondation Bertholon-Mourier. Dans le même esprit, Jean-Paul LECOMTE, directeur du GHG, remarque que cette peur peut s'expliquer par le changement d'échelle lié au passage d'un CHU à un CH. Au cours des conversations et des entretiens, j'ai pu noter un relatif complexe de supériorité chez les agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier, qui s'est d'ailleurs exprimé chez certains par une demande de mutation immédiatement après l'annonce du transfert.

Ce sentiment d'appartenance au CHU est paradoxal, si l'on considère l'éloignement géographique et managérial que connaissait l'EHPAD Bertholon-Mourier par rapport à d'autres établissements plus emblématiques des HCL. L'établissement disposait depuis d'une certaine autonomie, et la perspective d'une gestion de proximité opérée par le CH de Givors signifiait une transformation à venir du management. En effet, la situation périphérique de l'établissement, situé à 25 kilomètres au sud de Lyon, a laissé place à une relative culture de l'autonomie, encore perceptible dans les habitudes de travail. De telles peurs, concrétisées par des départs rapides (avant même la période de mise à disposition de trois ans) vers d'autres établissements des HCL, correspondent à des résistances au changement et à des crispations identitaires, que l'on retrouve dans la plupart des opérations de fusion d'établissements et de conduite du changement. Il suit de là des difficultés relationnelles, des attitudes négatives ou peu participatives, et des problèmes organisationnels (notamment pour la mise en place des nouvelles trames des personnels soignants). Ces problèmes apparaissent en toute logique lorsque l'on compare deux modes d'organisation distincts. De plus, les comparaisons sont accentuées par l'effet « taille » entre les deux structures, et l'effet « culture » entre un champ sanitaire pourtant qualifié EHPAD et un champ sanitaire disposant d'une sensibilisation à la culture médico-social. A titre d'exemple, la présence d'un poste de Cadre supérieur de santé sur l'EHPAD Bertholon-Mourier ne correspond à aucun besoin dans l'organigramme du CH de Givors, où l'on trouve deux Directrices des soins, Mesdames Chantal CHAIZE et

Sylvie MASSACRIER. Par conséquent, la question du maintien de ce poste s'est posée, puisqu'il se positionnait en doublon, avec à la suite une interrogation sur le positionnement de l'agent titulaire au sein de l'organigramme du Centre Hospitalier. Très vite, l'agent titulaire a exprimé le souhait de chercher un nouveau poste au sein d'un établissement de gériatrie des HCL.

#### 2.1.2. Au sein du Centre Hospitalier et de l'EHPAD de Givors : blocages techniques liés aux surplus d'activité

L'objectif affiché par le CH était de procéder à l'intégration de l'EHPAD Bertholon-Mourier à moyens constants. Les moyens humains et financiers supplémentaires ne devant être que faiblement inflationnistes au cours des six premiers mois, afin de conserver des marges de manœuvres budgétaires pour l'équilibre général de l'EPRD. Néanmoins, cette intégration à moyens constants représente inévitablement une charge de travail supplémentaire pour les équipes administratives, techniques et soignantes, qui constitue un élément de frein. La mutualisation des moyens humains et techniques, alliée à la mise en place d'indemnités kilométriques pour les déplacements entre les deux sites, a permis d'offrir un élément incitatif, dans une période où les interrogations sur la prise en charge des frais de déplacements devenaient prégnantes. La géographie du CH changeant, il est apparu nécessaire de procéder à des aménagements, afin de lever tous les obstacles à la polyvalence des postes, et permettre les remplacements inter-sites. Sur ce point, la mise en place à partir de janvier 2010 de la polyvalence des postes du service logistique du CH, a facilité l'intégration de Bertholon-Mourier, en permettant de palier les absences et les manques sur cet établissement, grâce aux équipes de l'hôpital de Givors. Ainsi la réorganisation du secteur logistique (lingerie, livraisons des médicaments, transports des analyses et du sang en urgence) qui était initialement un élément de frein, s'est mué en un tremplin qui a permis de favoriser une bonne intégration de l'EHPAD Bertholon, en l'incluant rapidement dans le fonctionnement du CH.

Un autre élément bloquant était lié aux questions du suivi des contrats de maintenance, de la facturation des transports sanitaires et des capacités d'absorption du surplus d'activité. Pour la question de l'absorption du surplus d'activité lié au transfert, le problème a été posé pour le traitement du linge de l'EHPAD. En effet, le CH est membre d'un Syndicat Inter Hospitalier (SIH) de blanchisserie dont les locaux sont installés au sein du CH de Vienne, et la question de la capacité de ce SIH à absorber le volume de linge supplémentaire à traiter s'est posée. Des travaux se sont avérés nécessaires pour absorber le volume supplémentaire de linge, c'est pourquoi, dans un premier temps, la blanchisserie centrale des HCL continue de traiter le linge de Bertholon-Mourier. Il ne

s'agit certes que d'un problème technique, mais qui prend toute son importance dans les premiers mois qui suivent le transfert de gestion. Le CH jouait, selon la formule utilisée par son directeur, « sa crédibilité » dans les premiers temps et surtout face aux premiers obstacles rencontrés.

Enfin, la compartimentation physique entre les deux bâtiments de l'EHPAD Bertholon-Mourier représente une difficulté supplémentaire pour la nouvelle direction, à cause de la scission qui existe entre le bâtiment A et le bâtiment B du site Bertholon-Mourier. De facto, l'absence de communication entre les deux bâtiments et leur fonctionnement sur deux modes distincts donnent à voir à un observateur extérieur deux établissements, avec des modes de prise en charge non homogènes. Le CH de Givors s'est par conséquent trouvé dans l'obligation d'appréhender, mutatis mutandis, deux EHPAD au lieu d'un. En effet, la séparation marquée qui existait sur le site Bertholon impliquait de prendre en compte cet élément imprévu avant d'essayer de mettre en œuvre un phénomène d'acculturation. Cette donnée complexifie la politique de conduite du changement préparée par l'équipe de direction du Centre Hospitalier, mais ne représente pas pour autant un élément durable de blocage, au regard du déroulement des réunions menées pendant le premier semestre 2010.

## **2.2. Les éléments favorables au succès de ce transfert de gestion**

L'idée selon laquelle l'intégration de l'EHPAD Bertholon-Mourier au sein du Centre Hospitalier de Givors est de nature à améliorer le niveau de prise en charge des personnes âgées, dans une logique de proximité, peut s'analyser selon trois prismes, qui sont autant d'atouts pour favoriser le succès d'une opération de transfert de gestion. Ce sont ces trois éléments qui permettront de confirmer l'hypothèse préalablement émise en introduction. L'opportunité géographique constitue un premier levier (2.1.1), l'opportunité humaine un deuxième levier (2.1.2) et enfin la très grande attention portée au volet Ressources Humaines un troisième levier (2.1.3). L'ensemble de ces facteurs concourt au succès de l'opération de transfert de 112 lits d'EHPAD sous l'égide du Centre Hospitalier de Givors.

### **2.2.1. L'opportunité géographique : une proximité ancienne mais une collaboration récente**

Le Centre Hospitalier est installé depuis 1906 sur le territoire de la commune de Givors, à quatre kilomètres de l'EHPAD Bertholon-Mourier. Les deux établissements partagent d'ailleurs une histoire et des bienfaiteurs communs, avec les familles Bertholon et

Mourier, qui participèrent financièrement à la création des deux institutions dans la première décennie du XXème siècle. Pendant plus d'un siècle, ces deux structures, pourtant en charge d'un public commun, évoluèrent et travaillèrent séparément. La fondation Bertholon-Mourier, cédée aux Hospices Civils de Lyon par les héritiers de la famille Bertholon, faisait partie jusqu'au 31 décembre 2009 des établissements de gériatrie des Hospices, et était, à ce titre, polarisée par une approche hospitalo-centrée de la prise en charge des personnes âgées. Les deux établissements n'avaient, jusqu'à une date récente, pas développé de collaboration ni même de coopération sur le terrain de la prise en charge des usagers, ou sur celui de la mutualisation des moyens. La carte qui suit permet de visualiser la proximité entre les deux établissements. Le Centre Hospitalier de Givors figure au nord, et l'EHPAD Bertholon-Mourier au sud de la commune de Givors.



**Situation géographique des 2 sites**

L'éloignement de la fondation Bertholon-Mourier de Lyon et le recrutement essentiellement local des hébergés constitueront des éléments favorables à la naissance de l'idée d'une délégation de gestion, rapporte l'ancien Directeur du Département Conseil en Stratégie des HCL, Laurent RAISIN-DADRE, lors d'un entretien.

Une coopération entre le CH de Givors et la fondation Bertholon-Mourier intervient le 17 novembre 2008, avec la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) entre le CH et les HCL. Ce GCS a agi comme un tremplin pour le transfert de gestion,

même si au moment de sa constitution, de l'aveu même des protagonistes, l'idée du transfert n'était pas formulée. Ce GCS fut constitué pour permettre au service de la restauration de l'hôpital de Givors de fabriquer et de livrer les repas des résidents et des personnels de la fondation Bertholon-Mourier. Cette livraison par le biais d'une liaison froide, effective depuis le 23 janvier 2009, est décrite dans la « Charte de fonctionnement de la prestation repas pour la fondation Bertholon-Mourier » signée conjointement entre les parties constitutives du GCS : le directeur du CH de Givors, Serge MALACCHINA et le Directeur Général des HCL, Paul CASTEL. La livraison des repas constituait la première pierre du rapprochement et du dialogue entre les deux institutions, après des années d'ignorance polie. La création du GCS a permis de faciliter les conditions de la reprise de gestion à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, en amorçant des pratiques professionnelles communes pour la fabrication et la livraison de l'ensemble des prestations restauration (repas, fêtes, goûters, buffets, suivi diététique et qualité par exemple).

De plus, la proximité géographique avec une fondation des HCL dont l'activité gériatrique constitue à la fois une limite et une opportunité pour un CH de taille moyenne, installé à mi-chemin entre le CHU de Lyon et le CHU de Saint Etienne. Une limite, car les coopérations étaient embryonnaires entre les deux établissements, et ce même si le CH de Givors disposait déjà sur son site d'un EHPAD, lequel s'inscrit dans une même offre de médico-sociale pour le bassin du sud de Lyon. Une opportunité, car la proximité géographique, la coopération en matière de livraison des repas (fabrication sur le site du CH et livraison à la fondation Bertholon-Mourier) et le positionnement de deux EHPAD sur une même commune sont autant d'éléments favorables à un rapprochement institutionnel.

Les activités gériatriques actuellement installées sur les deux sites peuvent être ainsi schématisées :

Site	Centre Hospitalier de Givors	EHPAD Givors (budget E de l'EPRD du Centre Hospitalier)	EHPAD Bertholon-Mourier
Activités et nombre de lits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe mobile de soins palliatifs</li> <li>- 3 lits de court séjour gériatrique</li> <li>- 14 lits de soins de suite et de réadaptation gériatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 76 lits qualifiés EHPAD dans un bâtiment dédié au sein de l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 112 lits qualifiés « USLD » jusqu'au 31 décembre 2008, et requalifiés « EHPAD » depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009</li> </ul>

L'intérêt sanitaire et social des personnes âgées du bassin sud pourrait, au regard de ces éléments, être mieux pris en compte par le biais d'une politique globale coordonnée sur le secteur, en évitant les effets d'émiettement et les doublons induits par le cloisonnement passé de ces deux établissements.

L'effet volume ainsi créé permet d'assurer une meilleure organisation de la présence médicale sur l'ensemble des lits d'EHPAD, puisque les lits de l'EHPAD du CH offraient un ratio de temps médical par résidents plus important que les lits de Bertholon-Mourier.

	Statut personnels médicaux	ETP	Total ETP médical par site
EHPAD du CH Givors	PH	0,6	1,6
	Praticien contractuel	1	
EHPAD Bertholon-Mourier : bâtiment A bâtiment B	Praticien attaché	0,16	0,32
	Praticien attaché	0,16	

Le ratio d'encadrement médical par rapport nombre de résidents mis en lumière par le transfert permet de mettre en place une commission unique d'admission, clé de voute à l'homogénéisation des pratiques. Cette commission unique d'admission, qui réunit les médecins des deux sites avec les cadres de santé des unités et des représentants de la direction des soins, vise à effectuer des recrutements de patients plus en adéquation avec le statut d'EHPAD, c'est-à-dire des patients très dépendants et nécessitant un niveau moindre de Soins Médicaux Techniques Infirmiers (SMTI). C'est donc la proximité géographique de ces établissements qui permet d'effectuer ce rééquilibrage, et d'achever la transition de la requalification des lits d'USLD en lits d'EHPAD. Ce processus doit *in fine* permettre d'adapter le niveau d'encadrement aux exigences réglementaires du secteur médico-social et des lits d'EHPAD.

La présentation des éléments favorables à la réalisation de ce transfert de gestion conduit maintenant à présenter l'opportunité humaine comme second facteur clé du succès de l'opération de transfert d'activité.

### 2.2.2 L'opportunité humaine

La genèse de ce projet ne peut se comprendre sans le facteur humain, et la proximité qui existait entre les différents protagonistes de l'opération. Les éléments d'information ont été recueillis auprès de Serge MALACCHINA et de Laurent RAISIN-DADRE, qui sont les protagonistes à l'origine du projet de transfert. Toutefois, si l'idée d'une cession de la fondation Bertholon-Mourier est vieille d'une quinzaine d'années, cette dernière a connu

une accélération sur les quatre dernières années, sous l'influence du climat de confiance entre les protagonistes.

La formulation de l'idée d'opérer un transfert de gestion en direction du CH de Givors date du mois de juin 2008, lors d'un déjeuner entre Serge MALACCHINA, qui vient de prendre la direction du CH de Givors après plus de douze années passées aux HCL, et Laurent RAISIN-DADRE, alors directeur du Département de Conseil en Stratégie des Hospices Civils. Cette rencontre avait pour objectif premier de finaliser la mise en place d'un GCS restauration pour la fondation Bertholon-Mourier entre les deux structures, mais c'est pourtant à cette occasion qu'est formulée pour la première fois l'idée de transférer la gestion du site Bertholon-Mourier au centre hospitalier de Givors. L'idée est émise, au moment de la mise en place d'un GCS dont les frontières sont « souples », de réfléchir aux modalités d'une délégation de gestion pour les lits de la fondation Bertholon. Rapidement, une rencontre est organisée entre Serge MALACCHINA et Paul CASTEL, afin d'étudier le caractère réalisable de l'opération. Ce transfert se concrétiserait par une convention de gestion à distance du site Bertholon, qui était à l'époque une USLD de 112 lits, par l'hôpital de Givors, lequel a toute légitimité pour reprendre la gestion en directe puisque disposant d'une expérience de la gestion d'un EHPAD de 76 lits, et étant situé à moins de 4 kilomètres de distance de Bertholon-Mourier.

En parallèle de ces négociations, le Directeur Général des HCL commande une étude à Laurent RAISIN-DADRE sur le foncier de la fondation Bertholon ainsi que sur les contraintes inhérentes au statut de fondation, pour préparer son éventuelle cession. Au départ de Laurent RAISIN-DADRE, le dossier est repris par Jean-Paul LECOMTE, directeur du GHG, qui le conduira jusqu'à sa réalisation. Là encore, le climat de grande confiance qui règne entre les deux hommes facilite la concrétisation du dossier.

Ainsi, pour le CH de Givors, le cadre général de cette opération peut se résumer de la manière suivante : il s'agit dans un premier temps de gérer à distance le site Bertholon-Mourier et ses 112 lits, mais avec pour objectif à terme de regrouper ces lits sur le site de l'hôpital, dans un nouveau bâtiment ad hoc, afin de les additionner aux 76 lits d'EHPAD qui existent déjà.

Si le contexte financier a favorisé l'émergence de ce projet de cession, il n'aurait sans doute pas donné lieu à une concrétisation aussi rapide, avec un calendrier de réalisation de moins de six mois, sans les liens étroits qui existaient entre les protagonistes. Les relations de confiance entre la direction de Givors et celle des HCL constituent un élément central du bon déroulement du transfert, et aujourd'hui encore ce dialogue inter direction

permet d'asseoir solidement ce transfert, préalable à un regroupement sur site à l'issue des trois années de la convention signée en décembre 2009.

Si le transfert rencontre peu ou pas de freins, de l'avis de l'ensemble des personnes interrogées, c'est pour une raison simple mais essentielle : une confiance existe entre les acteurs, et partant, l'opération se déroule en partenariat, l'ensemble des protagonistes retirant un avantage, avec des relations « gagnant-gagnant » selon la formule du directeur du GHG.

Le dossier quasi définitif est présenté lors d'une réunion officielle entre la DG des HCL, organisée par Serge MALACCHINA dans son établissement en juin 2009, alors que les rumeurs commencent à courir sur un « rachat » ou une « vente » de l'EHPAD Bertholon-Mourier et qu'un communiqué de presse commun est en préparation.

Des discussions ont eu lieu dès le mois de mai 2009 avec les autorités de tutelle (Conseil Général du Rhône, Préfecture, DDASS) pour la présentation d'un projet médico-social, fondé sur le Schéma Régional d'Organisation des Soins de Rhône-Alpes. Depuis, et conformément aux discussions qui ont eu lieu entre les directions des deux établissements, la convention de transfert de gestion de l'EHPAD Bertholon-Mourier est désormais signée entre le CH de Givors et la direction générale des Hospices Civils de Lyon.

### 2.2.3. Le volet Ressources Humaines : élément porteur du transfert de gestion

La direction du CH de Givors, en étroite collaboration avec celle des Hospices, a placé le champ des Ressources Humaines comme outil facilitateur de l'opération de transfert. L'utilisation du statut de la Fonction Publique Hospitalière, alliée à la mise en place d'un accompagnement social conjoint des agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier sont les deux composantes essentielles du volet RH lors de l'opération.

#### 2.2.3.1. L'utilisation d'une position statutaire souple : la mise à disposition

Le volet Ressources Humaines est apparu très vite au cours des entretiens réalisés comme l'élément le plus sensible et par conséquent le plus important pour la réussite de ce transfert de gestion.

L'opération de transfert de gestion est faite avec un statut particulier pour les agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier. En effet, ces derniers, qui étaient auparavant des agents HCL, régis par le statut des personnels de la fonction publique hospitalière (loi de 1986), sont désormais mis à disposition du Centre Hospitalier de Givors, pour une durée de trois

ans. A l'issue de cette période de trois ans, les personnels devront opter : soit intégrer le CH de Givors, soit faire une demande de mutation pour un autre établissement des HCL (puisque l'activité sur le site Bertholon sera arrêtée en 2013 et les lits transportés au sein d'un nouveau bâtiment de gériatrie capable d'accueillir 188 résidents au total). Le caractère ambigu de la mise à disposition provoque chez les agents un sentiment d'incertitude quant à l'avenir, qui n'est pas estompé par le cadre statutaire de la loi de 1986. Il est intéressant de remarquer que les doutes et les craintes demeurent dans un premier temps, malgré les garanties du titre IV de la loi de 1986 portant statut particulier de la fonction publique hospitalière. Lors de la réunion de cadrage de juin 2009, les questions des comptes d'heures, des études promotionnelles et des formations autorisées occupent une place relativement importante, et resteront toujours à l'esprit de la Direction du centre hospitalier lors des six premiers mois de reprise de gestion. Dans une réunion relative aux RH, qui a eu lieu en mars 2010 avec des représentants des HCL, il est convenu que le CH accepte les comptes d'heures entre - 20 heures et + 20 heures. Au-delà, les Hospices effectueront le paiement des heures en positif ou au contraire, le rééquilibrage des comptes négatifs avec éventuellement l'enlèvement de RTT pour les comptes négatifs les plus importants. Lors de cette même réunion, il est prévu que les agents souhaitant s'engager dans une démarche d'études promotionnelles (comme une remise à niveau ou une préparation de concours par exemple) devront demander leur mutation sur un autre établissement des HCL le plus rapidement possible, dans la mesure où le financement des formations et des études sera assuré par les HCL. En contrepartie, le CH de Givors assurera les remplacements des absences pour ce motif jusque septembre 2010. Ce souci des parcours individuels s'inscrit dans une démarche proactive de gestion prévisionnelle des RH, en anticipant les éventuels départs et en effectuant un repérage des agents lors d'entretiens réalisés conjointement par Géraldine DREVET, DRH de Givors, et Françoise MONTALBETTI, directrice par intérim de Bertholon-Mourier.

Les modalités pratiques de la mise à disposition des agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier ont été longuement et soigneusement discutées entre les deux directions, de façon à régler les situations individuelles identifiées comme « problématiques ». C'est cette phase de rencontre avec chacun des agents du site Bertholon-Mourier, menée conjointement par Géraldine DREVET pour le CH de Givors, et par Françoise MONTALBETTI pour le GHG, qui a permis d'opérer un transfert dans un climat social apaisé. D'un point de vue strictement pratique, les HCL émettront un titre de recette pour le paiement des salaires versés aux agents mis à disposition du CH de Givors. Ce titre comprendra les frais de traitements et les charges, et l'ensemble des éléments accessoires de la rémunération (supplément familial de traitement, primes et indemnités),

à l'exclusion des « avantages exorbitants du statut de la fonction publique hospitalière » qui resteront à la charge des HCL.

Au regard du transfert de gestion effectif au 1<sup>er</sup> janvier 2010, certains agents ont opté immédiatement pour une intégration au CH de Givors, quand d'autres ont opté pour conserver leur statut HCL, et par conséquent obtenir une mutation à court ou moyen terme vers un autre établissement des HCL. Un avenant à la convention<sup>10</sup> signée le 2 novembre 2009 renvoie à une annexe (numéro 6) contenant la liste des agents ayant opté pour un maintien aux HCL à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Toutefois, pour des raisons de permanence des soins à l'EHPAD Bertholon-Mourier certaines dates de mutation dans un établissement HCL peuvent être postérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2010 à la suite d'un accord entre le CH de Givors et le CHU de Lyon.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> avril 2010, le nombre total d'agents (médicaux et non médicaux) affectés à l'EHPAD Bertholon-Mourier passe de 118 à 109 personnes (représentant un passage de 93,79 à 92,70 ETP). Ce qui représente une diminution de 8,26% des effectifs sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2010. Cette décélération représente l'ajustement, opéré par la direction du centre hospitalier de Givors, des effectifs d'une ancienne unité de Soins Longue Durée à une unité d'EHPAD. D'un point de vue plus détaillé, les effectifs peuvent se représenter de la manière suivante, grâce à un état des lieux au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> avril.

*Bilan quantitatif au 1<sup>er</sup> janvier 2010 :*

	Personnel mis à disposition	Contractuels (CDI-CDD) Givors	Ex titulaires-stagiaires HCL	Titulaires temps partagé Givors/Bertholon	Médecins
Nombre d'agents <sup>11</sup>	77	26	6	6	3

*Bilan quantitatif au 1<sup>er</sup> avril 2010 :*

	Personnel mis à disposition	CDI-CDD Givors	Cumul ex titulaires-stagiaires HCL	Temps partagé CH Givors	Médecins
Nombre d'agents	62	27	12	6	3

<sup>10</sup> Avenants à la convention HCL/CH de Givors du 13 janvier 2010, p1 et suivantes

<sup>11</sup> A noter qu'il s'agit du nombre d'agents et non du nombre d'Equivalent Temps plein (ETP) dans la mesure où le bilan s'attache à présenter la situation sociale, et non pas budgétaire.

Il est intéressant d'apporter un éclairage particulier sur l'évolution du nombre d'agents mis à disposition entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> avril 2010, afin de mettre en relief le succès de l'intégration de ce nouvel établissement.

Sur les 77 agents initialement mis à dispositions par les HCL :

- 9 agents ont muté vers un autre établissement des Hospices
- 6 agents ont muté en direction du Centre Hospitalier de Givors
- 62 agents restent mis à disposition par les HCL sur le site Bertholon-Mourier



Cette situation est particulière puisque des agents HCL mis à disposition sont gérés par le CH de Givors, y compris en ce qui concerne le volet disciplinaire, pendant 3 ans, mais le déroulement de carrière et les arrêts maladie (par exemple) doivent être transmis à la Direction du Personnel et des Affaires Sociales des HCL. Cette situation est problématique car elle divise la légitimité de la direction du CH de Givors, et installe chez une petite dizaine d'agents un sentiment d'impunité, et ce malgré la présence d'un volet disciplinaire qui a été négocié par le directeur du Centre Hospitalier en juin 2009 avec les représentants de la Direction Générale des Hospices. Ainsi, quand la carrière des agents mis à disposition du CH de Givors continue d'être gérée au niveau des HCL, les sanctions disciplinaires seront, quant à elles, prises directement par la direction du CH.

Il est à noter qu'un accompagnement social a été mis en place dès le mois de décembre 2009 par les HCL, et que les DRH des deux établissements ont organisé conjointement des rencontres avec les agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier, afin de recueillir leurs desiderata, leurs craintes et anticiper autant que de possible les demandes de mutation, et partant, les recrutements à venir. Ces entretiens furent organisés par Géraldine DREVET, DRH du centre hospitalier de Givors, et Françoise MONTALBETTI, directrice de l'EHPAD Bertholon-Mourier, entre novembre 2008 et décembre 2009. Ces entretiens individuels avec les 70 agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier constituent le préalable à une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), dont le travail de

mise en place a commencé dès janvier 2010 sur le site, mené par Géraldine DREVET, nommée directrice référente du nouvel établissement par le chef d'établissement du CH de Givors. C'est un poste qui assure le pilotage du nouveau site, sur le terrain, avec une présence 3 demi-journées par semaine. Cette présence constitue une nouveauté par rapport à la gestion mise en place par les HCL, qui avaient mis en place une direction à distance de l'EHPAD Bertholon-Mourier, par l'intermédiaire de la directrice d'un autre établissement de gériatrie des Hospices. Il suit de cette organisation un éloignement certain, perceptible dans certaines pratiques professionnelles et un goût prononcé pour l'autonomie. Malgré les tensions perceptibles et les mises en garde de certaines organisations syndicales, la nouvelle direction, dont la présence est remarquée et effective, a permis une rénovation du dialogue social et une réorganisation du temps de travail des soignants, grâce au travail de la directrice des soins en charge des personnels et des plannings, Chantal CHAIZE. Le bilan de ce 1<sup>er</sup> trimestre de gestion par le centre hospitalier permet de souligner une nette amélioration du présentéisme, dont l'exemple significatif est la diminution du nombre d'arrêts maladie de 27 à 14 entre avril 2009 et avril 2010. Ce phénomène est à inscrire au crédit du transfert de gestion, mettant en relief un certain attentisme des acteurs vis-à-vis de la nouvelle direction.

Le volet social et l'attention toute particulière apportée à la gestion prospective des ressources humaines expliquent le succès de ce transfert de gestion, sans de trop vives tensions sociales, même pour un transfert de gestion réalisé à effectifs constants du côté du centre hospitalier. La décision du chef d'établissement, Serge MALACCHINA, de nommer la Directrice des Ressources Humaines, Géraldine DREVET, directrice référente de l'EHPAD Bertholon (avec une présence sur le site pour 40% de son temps) souligne parfaitement l'importance primordiale accordée au volet RH, et le rôle important joué par la Direction des Ressources Humaines lors de ce transfert de gestion, tant dans sa phase préparatoire que dans la gestion quotidienne de l'après 1<sup>er</sup> janvier 2010.

#### 2.2.3.2. Un accompagnement social très présent : colonne vertébrale du pilotage du transfert de gestion

Pendant la phase de négociation avec les HCL, le directeur du CH de Givors avait posé comme condition préalable à toute reprise de l'activité de Bertholon-Mourier un travail de fond sur le volet des ressources humaines. Ce travail de fond sur le titre 1 (charges de personnels) du compte de résultat prévisionnel principal, qui allait dans le sens d'une maîtrise des effectifs visant à palier tout imprévu, a permis de bien « border » ce transfert de gestion, selon la formule utilisée par les protagonistes. Le CH devait éviter autant que de possible toute dérive budgétaire sur le chapitre des dépenses de personnels, afin de

tenir ses engagements budgétaires face à l'ARH et de réaliser une opération « viable » et intéressante pour le CH.

Ce préambule était essentiel aux yeux de la direction de Givors, et a permis d'assurer l'intégration des quelques 80 agents de l'EHPAD Bertholon sans élément de surprise notable. En effet, seuls deux cas particuliers ont été relevés pendant le premier trimestre 2010 (avec comme problématique connexe deux arrêts maladie dans le secteur sensible de la blanchisserie), et la gestion des départs et des demandes de mutation était parfaitement intégrée au volet RH, géré en collaboration par la DRH et le chef d'établissement. Une telle préparation limite les effets de « surprise » à l'établissement reprenneur, et permet de concentrer les efforts de l'équipe de direction sur la préparation de l'avenir et sur l'amélioration de la prise en charge des résidents.

En moins de 12 mois, Jean-Paul LECOMTE rappelle que la gestion RH a été parfaitement calée et réussie, et ce alors même qu'il s'agissait d'une opération complexe. Les moyens humains mis en place par le CHU et le CH pour étudier les situations personnelles des agents (conseillère conditions de travail, entretiens individuels, formations, mutations accélérées vers un autre établissement du CHU) ont contribué à démentir l'idée reçue selon laquelle un établissement de très grande envergure prête peu d'attention aux structures de taille plus modeste. L'opération, entre deux établissements qui disposent d'organisations syndicales structurées, a été mise en œuvre tout en conservant la paix sociale, dans un satisfecit général.

Dans la continuité de cette politique d'accompagnement social, la DRH présente le 4 juin 2010 lors d'un Comité de dialogue social (instance mise en place au sein du CH à l'initiative de l'actuelle direction) avec les partenaires sociaux un projet de questionnaire, qui a vocation à être rempli anonymement par les agents, et qui reflète la perception de la qualité de vie au travail. Il s'agit du modèle de KARASEK. Ce modèle permet d'analyser le ressenti de l'ambiance au travail des personnels, avec la dimension subjective inhérente à ce modèle. Une fois extrapolés, les résultats de l'enquête pourraient permettre de dessiner les facteurs de risques psycho-sociaux présents dans l'établissement. D'un commun accord avec les représentants des organisations syndicales du Centre Hospitalier, il est convenu de lancer une première vague de questionnaires à destination des personnels médicaux et non médicaux du CH et de l'EHPAD de Givors, puis dans un second temps, de l'étendre aux personnels de l'EHPAD Bertholon-Mourier. Une telle temporisation a été décidée de manière unanime avec les partenaires sociaux, qui estiment le caractère récent du transfert de gestion incompatible avec l'obtention de réponses dépassionnées. Devant la trop grande « fraîcheur » du transfert, le risque semblait élevé d'assister à une utilisation détournée du questionnaire par une partie des personnels mis à disposition depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### **2.3. L'acculturation au service d'un projet d'établissement centré sur une prise en charge homogène des usagers**

L'écueil majeur identifié lors de cette opération de transfert est, selon mes observations et les entretiens menés, lié au caractère hétérogène des équipes des deux établissements. En effet, la culture sanitaire (avec un sentiment d'appartenance profonde à une culture hospitalo-universitaire) de l'EHPAD Bertholon-Mourier représente un obstacle majeur pour le dialogue entre les deux structures. Néanmoins, l'horizon 2013, la perspective d'un nouvel EHPAD représente une opportunité de créer un phénomène d'acculturation, et de construire une nouvelle culture d'établissement. Cette acculturation semble le préalable nécessaire au rapprochement physique des équipes (2.3.1) et se prépare dès aujourd'hui sous l'effet du pilotage par le CH, qui veut mettre en place une gouvernance qui fasse de cette reprise de gestion une opération quasi imperceptible pour les usagers, leurs familles et les personnels (2.3.2).

#### **2.3.1. Une acculturation indispensable pour préparer le rapprochement au sein d'un nouveau bâtiment**

Dès la conception du projet de transfert, le directeur du CH savait qu'il était impossible d'accueillir 112 lits supplémentaires dans les locaux actuels de l'EHPAD de son établissement. Néanmoins, le volume de lits à intégrer dans un délai de trois ans nécessitait de la part de la direction du CH de prévoir une extension des capacités d'accueil. En l'occurrence, un volet architectural a été, dès le début du projet, intégré à la réflexion. Il s'agissait d'une réelle opportunité d'accroître l'activité du CH, tout en permettant de mettre en place une meilleure prise en charge du sujet âgé, au sein d'un nouvel EHPAD, qui se composerait d'une Unité d'Hébergement Renforcée et d'un PASA. L'objectif minimal est donc de pouvoir regrouper les 76 lits d'EHPAD déjà présents à Givors (mais dans un bâtiment vieillissant) et les 112 lits de Bertholon-Mourier, au sein d'un nouvel EHPAD, dont la construction interviendrait sur le foncier disponible autour du CH. ce qui représente *a minima* une capacité d'accueil de 188 lits à prévoir. La création d'une culture commune, qui passe nécessairement par l'homogénéisation des pratiques professionnelles, est rendue encore plus indispensable par le passé hospitalo-universitaire de l'EHPAD Bertholon-Mourier, et par le sentiment largement répandu parmi les personnels d'une dégradation du niveau de prise en charge lié au passage dans le giron d'un Centre Hospitalier. Ce complexe de supériorité peut se combattre sur le terrain des pratiques professionnelles déjà existantes. A ce titre, la qualité de la prise en charge du patient âgé sur le CH de Givors, et les passerelles qui existent entre les urgences, la

médecine polyvalente, le SSR gériatrique et l'EHPAD concourent à une prise en charge de bon niveau. C'est ici la proximité du CH et de l'EHPAD (dont les bâtiments communiquent géographiquement, ce qui facilite les mutations inter-services) qui doit servir de vitrine au savoir-faire du CH de Givors dans le domaine de la gériatrie.

2.3.2. Une opération « blanche » : une gestion à distance mais un pilotage de proximité, imperceptible pour les usagers

L'objectif premier affiché par les protagonistes du transfert de gestion, c'est-à-dire la direction générale des HCL et la direction du Centre Hospitalier de Givors, était de ne pas perturber le cadre de vie des résidents et des personnels, en procédant à un transfert de la façon la plus neutre possible, sans incidence néfaste. La réalisation d'une « opération blanche » pour les résidents et leurs familles était un objectif prioritaire, avec des changements qui devaient intervenir à la marge, sans impacter les habitudes des usagers de l'EHPAD Bertholon-Mourier.

L'exemple révélateur de cette volonté d'offrir une gestion de proximité s'analyse pour le recouvrement de frais d'hébergement mensuel, et de façon générale pour toutes les opérations qui nécessitent des manipulations de fonds publics (argent de poche des hébergés, régie d'avance et de recettes, mise à disposition du coffre pour les effets personnels de valeur...). Auparavant, les hébergés de l'EHPAD Bertholon-Mourier dépendaient pour les opérations d'encaissement de la Recette des Finances des HCL. Le transfert de gestion s'est donc accompagné d'un transfert des titres et des mandats de la Recette des Finances du CHU de Lyon (trésorerie publique uniquement dédiée aux HCL) vers la Trésorerie Principale de Givors (laquelle n'est pas uniquement dédiée au centre hospitalier de Givors, mais s'occupe également des collectivités territoriales et du recouvrement des impôts des particuliers). Ce changement d'échelle représentait un enjeu pour assurer la continuité du service, et il a été nécessaire de demander aux résidents (ou à leurs familles) de changer le RIB bénéficiaire pour les virements mensuels des frais d'hébergement. Le secteur financier a révélé quelques exemples d'aménagements nécessaires lors de cette opération de transfert de gestion, sans que ceux-ci soient rédhibitoires.

La gestion des repas, du linge des résidents et des personnels ne nécessitaient pas d'aménagement particulier, la prestation repas étant assurée par le centre hospitalier de Givors depuis 2009, et la prestation lingerie-blanchisserie (pour les lits de l'EHPAD Bertholon-Mourier) étant quant à elle assurée par la blanchisserie hospitalière des HCL. L'essentiel du fonctionnement des prestations-supports n'a pas affecté les hébergés, pour

lesquels le transfert aura été transparent, respectant la continuité du service public entre le 31 décembre 2009 et le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Après l'éloignement des HCL, la gestion par un Centre Hospitalier situé à quatre kilomètres représente une amélioration indéniable, reconnue par les équipes de l'EHPAD Bertholon-Mourier. La présence d'une directrice référente, qui est également DRH de l'ensemble du personnel de l'entité juridique « CH de Givors », participe en premier lieu de cette gestion de proximité. D'autre part, cette présence renforcée de trois directeurs du Centre Hospitalier (deux Directrices des soins et la Directrice des Ressources Humaines assurent depuis le 2 janvier une présence quotidienne, quatre demi-journées par semaine, dont les jours de présence sont connus des personnels de l'EHPAD Bertholon) constitue une nouveauté pour cet établissement, dont la direction était assurée par Françoise MONTALBETTI, directrice de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud, et directrice par intérim des établissements du Val d'Azergues et Bertholon-Mourier.

La nouvelle organisation mise en place par le CH constitue un changement pour les équipes et les résidents de l'EHPAD Bertholon-Mourier. Le directeur du Centre Hospitalier confirme cette vision selon laquelle les premières semaines d'un transfert de gestion donnent le « la », et pèsent par conséquent d'un poids important sur le déroulement du transfert, ce qui implique de mettre l'accent sur une gestion de proximité du nouveau site. Une telle volonté, loin de l'affichage, passe par la visibilité des cadres de direction et leur identification rapide par l'ensemble des agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier, dans une gestion quotidienne.

Le Centre Hospitalier de Givors, nouvelle entité juridique gestionnaire de l'EHPAD Bertholon-Mourier depuis janvier 2010, mise sur la gestion de proximité pour la reprise de l'activité gériatrique, dont il assurera la gestion à distance pendant une durée de trois ans, jusqu'en 2013, date à laquelle sera effectué le regroupement des 112 lits avec les 76 lits déjà présents sur le site hospitalier. Cette fusion doit passer par une phase d'assimilation des pratiques professionnelles, et d'acculturation de l'EHPAD Bertholon-Mourier, préalable indispensable à la mise en place d'un travail commun et harmonisé. Ce pilotage de proximité, identique dans son esprit à celui pratiqué au Centre Hospitalier, représente un atout, propre à accélérer l'intégration. La démarche induit un certain paradoxe, puisqu'elle consiste à rendre un transfert le plus incolore possible, tout en marquant dès le départ une nouvelle orientation, dans le sens d'une acculturation des équipes arrivantes.

~~~

### **3<sup>ème</sup> partie : Les éléments de préconisation sur les conditions de réussite d'un transfert de gestion**

Les éléments de préconisation qui suivent sont le fruit d'une analyse logique des freins et des leviers qui entrent en jeu lors de l'opération de transfert de gestion à laquelle j'ai assistée. Ils sont le résultat de mes observations au cours des huit mois de stage. Utilisant les faits observés (qu'ils s'agissent d'éléments favorables ou défavorables) et les analysant avec le recul nécessaire, l'objectif est de pouvoir formuler des préconisations pour permettre de conduire avec succès une opération de transfert de gestion. Ces éléments de préconisation devraient permettre, en les mobilisant de manière rapide et pragmatique dans une situation similaire, d'accompagner une conduite du changement qui ne fasse pas l'impasse sur des invariants essentiels.

A ce titre, trois points doivent retenir notre attention, qui semblent incontournables pour réaliser avec succès une opération de transfert de gestion d'un établissement médico-social vers un établissement sanitaire. Organiser une bonne communication autour du projet (3.1), assurer un accompagnement social personnalisé (3.2) et enfin organiser les conditions de l'émergence d'une culture commune pour les personnels et les pratiques professionnelles (3.3). Ce sont ces trois points clé qui me semblent indispensables à la réussite d'un transfert de gestion. C'est en marquant une attention particulière en direction de ces éléments que le transfert de gestion de l'EHPAD Bertholon-Mourier, pourtant doté d'une très forte dimension sanitaire, a permis d'offrir une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes.

#### **3.1. Communiquer sur le projet en interne et en externe**

L'usage raisonné de la communication institutionnelle est aujourd'hui indissociable du succès d'une opération de fusion d'établissements. En effet, il est inconcevable de ne pas prévoir un volet « communication » lors de la préparation d'un projet de transfert de gestion. La communication devient aujourd'hui un outil central dans une opération de conduite du changement. Dans le cas d'espèce, les premiers temps du projet furent entachés par l'absence de communication officielle, laissant place à des rumeurs plus ou moins bien informées. Les retards, et la coordination parfois difficile entre le CH et les HCL (notamment car les deux institutions opèrent sur des temporalités différentes) furent de nature à menacer le projet, si le climat social s'était trouvé significativement dégradé par ce défaut de communication. La nécessité de mettre en place une politique de communication, tant en interne des établissements qu'en direction de l'extérieur, s'avère primordiale pour le succès d'un transfert de gestion d'un établissement médico-social vers

un établissement sanitaire, afin d'anticiper et de prévoir autant que de besoin les points d'achoppements.

### 3.1.1. Communication interne

La réalisation du transfert, même s'il est prévu selon un calendrier précis par les protagonistes, ne devrait pas faire l'économie d'un plan de communication en direction des collaborateurs. L'absence de communication a entretenu dans le cas présent un climat de suspicion, et des rumeurs négatives, relayées ou entretenues par certaines organisations syndicales. C'est pourquoi cette mission du directeur se révèle indispensable lors d'un projet de fusion d'établissements, tant les identités emblématiques des établissements risquent de se heurter.

Un obstacle identifié par Jean-Paul LECOMTE, directeur du GHG des Hospices, résulte d'un problème de calendrier imposé par la Direction Générale. En effet, si un communiqué commun HCL-Givors était près dès le mois de juin 2009, il était impossible de communiquer de manière officielle avant la tenue des instances des HCL (Conseil d'Administration et Comité Technique d'Etablissement). Ce calendrier, qui s'explique politiquement et institutionnellement, a ralenti d'autant la circulation d'informations en direction des agents des établissements concernés. Ce laps de temps laisse le champ libre aux rumeurs, lesquelles concourent à installer un climat de défiance ou de grande incertitude parmi les personnels. Il suit de là qu'une absence de communication (ou du moins une communication tardive) est assimilable à une mauvaise communication, car elle fait le lit de la rumeur. Dans le cas de ce transfert de gestion, par exemple, on a pu lire des tracts syndicaux faisant état d'un abandon par les HCL de l'EHPAD Bertholon-Mourier, ou d'une cession au secteur privé, ou encore à un licenciement massif des personnels concernés.

Acteur privilégié de ce transfert de gestion, le maire de la commune de Givors, Martial PASSI, a pleinement accompagné le projet, car il représente une réelle plus-value en termes sanitaire et médico-sociaux, pour le bassin sud du Rhône. Comme nous l'avons vu précédemment, la démographie et la demande sociale du bassin rendent nécessaire et cohérent une telle opération. De plus, le caractère de proximité géographique des deux établissements a évité tout conflit entre deux municipalités dans le maintien de l'activité. Cette donnée politique est un élément important dans le déroulement et la réalisation rapides de l'opération. La dimension politique doit être prise en compte par un directeur dès le début d'un projet de regroupement d'établissement, car elle est partie intégrante de la stratégie adoptée. Il convient de rencontrer le maire de la commune dès le début du projet, afin de l'associer à la vie d'un établissement qui, en règle générale, lui est cher.

La valorisation de l'opération de transfert de gestion était beaucoup plus facile au sein du CH, remarque Serge MALACCHINA, car ce regroupement correspondait à un accroissement des activités du CH, tandis qu'à l'opposé, le CHU réduisait les siennes en se séparant de deux sites entre janvier et mars 2010. L'image très positive véhiculée par l'opération rendait toute communication à destination des acteurs internes plus simple. L'inverse n'est pas vrai pour l'établissement vendeur, car même si l'opération est intéressante pour les HCL, il leur était plus difficile de communiquer de manière positive sur le sujet. Il est souhaitable de bien repérer les éléments positifs d'une opération de transfert de gestion, afin de mettre l'accent sur le bénéfice qui en sera retiré tant par les personnels que par les usagers.

### 3.1.2. Communication externe

La mise en place d'un plan de communication en direction de l'extérieur (instances municipales, usagers givordins, habitants de la commune, presse locale, praticiens libéraux, établissements partenaires) doit s'inscrire en parallèle de la communication interne aux établissements. C'est en effet grâce aux informations données par les autorités de l'établissement que les usagers et partenaires peuvent agir et devenir force de proposition. Sans cette implication indirecte des acteurs extérieurs, une opération de transfert court le risque d'être perçue comme une réalisation tournée sur elle-même, détachée des préoccupations sanitaires et sociales locales et départementales.

Enfin, assurer une communication en direction de l'extérieur permet d'ouvrir un établissement sur le monde, en le rendant identifiable par la collectivité. Eu égard au recrutement local des établissements concernés, il est incontournable de veiller ne pas oublier la presse locale, car celle-ci contribue à la réputation et à l'image de dynamisme d'une structure. Loin d'être un obstacle, la presse quotidienne régionale, comme j'ai pu l'observer sur le terrain, est un élément porteur sur un projet de ce type. Qui plus est, la circulation des informations, choisies et hiérarchisées par la direction d'un établissement, permet d'associer largement les familles et les résidents (car eux-mêmes sont lecteurs des journaux locaux) en donnant un caractère « officiel » et difficilement contestable aux informations disponibles. C'est une façon, certes périphérique mais importante, de placer l'utilisateur au cœur d'une opération de transfert de gestion. Dans le cas présent, une réunion a été organisée pour les familles le 7 décembre 2009, soit moins d'un mois avant le transfert de gestion, ce qui semble un peu court pour pouvoir parler d'une association des usagers en amont du projet de transfert de gestion. Une association précoce des acteurs externes à l'établissement est gage d'un ancrage territorial du projet, et peu favoriser son « portage » par des acteurs non institutionnels. Un tel cas de figure serait

une aide apportée à une direction en cas de projet non soutenu par les autorités de tutelle, par exemple. Le cas de figure ne s'est pas présenté pour cette opération, puisque les autorités de tutelles et le maire de la commune ont pleinement soutenu le projet mené par le Centre Hospitalier de Givors, et l'ont accompagné jusqu'à son terme.

Mais la communication en direction des acteurs internes et externes ne doit pas faire oublier l'élément humain, qui demeure central dans le bon déroulement d'une opération de transfert d'activité.

### **3.2. Assurer un accompagnement social et professionnel des agents.**

La dimension RH est primordiale dans le travail d'un directeur, et toute opération d'envergure doit inclure un volet accompagnement social des personnels. Un accompagnement de ce type, qui s'intéresse au plan professionnel (demande de formation, projets de carrière, Validation des Acquis de l'Expérience...) mais aussi personnel (temps de trajets, attaches familiales...) permet de mettre en place un management du changement. La conduite du changement, qui est d'envergure dans le cadre d'une opération de transfert de gestion, est un facteur de succès. Dans le cas du CH de Givors, où le transfert avait lieu vers un nouvel établissement, géographiquement proche mais culturellement éloigné, la dimension sociale a constamment été à l'œuvre. Les réunions préparatoires au projet portent toujours la trace, dans les relevés de conclusions ou les procès-verbaux, de l'intérêt des deux équipes de direction pour la question sociale. Ainsi, six mois avant la date du transfert d'activité, les deux Directrices des Ressources Humaines du CH et du GHG ont rencontré les agents du site Bertholon-Mourier, au cours d'entretiens individuels. Ces rencontres avaient pour objectifs de repérer certaines situations délicates et d'évaluer le nombre potentiels de départs immédiats vers un autre établissement HCL, afin d'anticiper les problématiques de recrutement en début d'exercice 2010. Particulièrement appréciées des agents, ces entretiens sont de nature à clarifier les situations en exprimant les desiderata et les attentes. Créer un tel espace d'expression est très intéressant, tant pour les agents que pour l'équipe de direction, car c'est l'occasion de recadrer certains comportements, de rassurer, de préciser un projet professionnel ou d'envisager une mobilité fonctionnelle ou géographique.

En parallèle de ces rencontres individuelles avec les agents de l'EHPAD Bertholon-Mourier, les HCL mettaient à disposition une conseillère aux conditions de travail, chargée d'assister les agents dont la situation était signalée comme étant difficile. La mise en place d'un accompagnement social « sur mesure » a nettement contribué au bon déroulement de l'opération, en prenant en charge et en apportant une solution (quand

cela était possible) aux situations et aux aspirations individuelles. Une telle démarche me paraît de nature à éviter toute « frustration » ultérieure chez les personnels, en évitant le déclenchement de mouvement sociaux. Loin d'être un élément d'affichage, l'accompagnement social que j'ai pu observer lors du transfert d'activité était l'élément central du projet, à la manière d'une colonne vertébrale. Certes le projet est né autour de deux directeurs, mais sa réussite tient à leur volonté d'apporter une plus-value dans la prise en charge gériatrique. De ce point de vue, le projet était plus valorisant pour le CH que pour les HCL.

Un accompagnement du personnel permet d'aborder plus sereinement une opération marquante de la vie d'un établissement. Fort des enseignements apportés par l'opération menée par le CH de Givors, il semble nécessaire non seulement de suivre les personnels du site « absorbé », mais aussi de mettre en place un suivi des agents du site « intégrateur ». Dans cette perspective, trois catégories d'actions sont envisageables car elles sont susceptibles de préparer de la meilleure manière possible le regroupement futur :

- Associer les personnels aux choix relatifs à la future organisation de travail, via la constitution de groupes-projet
- Mettre l'accent sur le plan de communication et d'information interne aux établissements (comme évoqué précédemment)
- Identifier des responsables du projet « transfert de gestion »

C'est la conduite de ces trois actions de manière simultanée qui permet de faire émerger un accompagnement social. Ce dispositif appartient au chef d'établissement, au DRH, aux directeurs des soins, aux cadres de santé et aux médecins qui interviennent en gériatrie, qui se réunissent en comité de pilotage du transfert de gestion. Ce comité offre l'avantage d'associer tous les corps de métiers de l'établissement, sur lequel un directeur peut s'appuyer pour ses prises de décisions, avec une légitimité plus forte qu'une décision prise de manière moins concertée. Par exemple, la décision de mettre en place des frais de déplacements a été menée en large concertation avec les organisations syndicales, lors d'un comité de dialogue social. La présentation d'une note lors d'un CHSCT en avril 2010, née du dialogue entretenu avec les partenaires sociaux, a marqué l'engagement de la direction du CH de Givors vers une mutualisation des moyens humains, dont la mise en place des indemnités kilométriques symbolisait le commencement. La rédaction d'une note de service sur le sujet représente une volonté de mettre en place une politique incitative en direction des personnels, sous l'effet de la reprise de gestion d'un établissement distant de quelques kilomètres. Une telle démarche, qui n'appartient qu'à la direction d'un établissement, permet concrètement d'impliquer l'ensemble des

personnels d'une structure, de manière simple mais directe, d'une opération de transfert de gestion. Cet accompagnement social au sens large permet de diffuser un projet en direction des agents, pour que ces derniers s'en emparent, alors que ce projet était initialement porté par la direction.

### **3.3. Développer une culture commune pour préparer la fusion prochaine et vaincre les réticences**

Troisième et dernier élément de préconisation, le dessin des contours d'un avenir commun, qui dans le cas présent était rendu indispensable par l'objectif de transfert des lits et des personnels au sein d'un nouveau bâtiment, sur le site du CH (à l'horizon 2013). Or la préparation du rapprochement des équipes au sein d'un site unique de quelques 188 lits (nombre plancher, qui sera révisé en fonction des discussions financières et des créations de lits accordées par les autorités) se prépare en amont, comme l'explique Serge MALACCHINA lors de nos entretiens.

Cette fédération des équipes ne peut être rendue effective que sous l'impulsion des grandes orientations données par la direction. En fédérant autour de quelques grandes thématiques ou projets, le rôle du directeur est de donner du sens au projet de transfert, tout en faisant en sorte que les personnels se saisissent du projet, pour se l'approprier et partant le faire vivre. De ce point de vue, Serge MALACCHINA regrette que le projet, strictement descendant, n'ait pas été suffisamment porté (ou transporté) par les équipes du CH de Givors, tant médicales que paramédicales ou administratives. L'appropriation du projet par les équipes ne s'est pas produite de manière assez large, ce qui fait dire du projet qu'il est « le bébé de la direction ». Cependant, une fois l'étape du financement du bâtiment de gériatrie franchie, le lancement de la phase de conception-réalisation doit rendre le projet palpable, et permettre à l'ensemble des utilisateurs de s'emparer du projet. L'association des équipes peut se faire grâce à la mise en place de groupes utilisateurs sur des thèmes transversaux. Par exemple, la réactualisation du projet de vie, après un transfert d'activité, est l'occasion d'organiser un travail collectif entre les agents des services hospitaliers (ASH), les aides-soignants (ASD), les infirmiers (IDE) et les cadres de santé. Un tel schéma permet aux agents de se saisir du dossier, en apportant une expertise, tout en valorisant les services dont les pratiques sont les plus conformes à une prise en charge de qualité. Un phénomène d'émulation et de motivation collective peut voir le jour, à condition que les travaux donnent naissance à des réalisations concrètes, et ne restent pas de simples déclarations d'intention vides de sens.

La mutualisation des compétences, qu'il s'agisse de mettre en commun un poste d'animatrice, de directeur des soins, de DRH ou de diététicienne, a favorisé grandement le dialogue entre les deux structures, et partant, leur rapprochement dans un climat de confiance. Cette mise à disposition des compétences particulières et des personnes-ressources du CH a été très bien perçue par les personnels du site Bertholon, dont certains avouent même que les interventions du CH sont plus rapides qu'à l'habitude. Notamment sur le plan informatique, qui était un point sensible du transfert, la présence de la Direction du Système d'Information du CH a concouru à assurer sans heurt la transition entre les différents logiciels et applications professionnels. Autre exemple révélateur de la nécessité de développer une culture commune, c'est celui de l'ouverture du plan de formation aux équipes de l'EHPAD Bertholon-Mourier. Lors des premières réunions relatives à la réécriture du projet de vie (lequel sera commun aux deux EHPAD) il a été retenu de composer des groupes de travail mixtes (Givors/Bertholon) et de mettre en place une parité pour l'origine des participants (dans la mesure du possible) aux journées de formation, y compris sur les formations arrêtées par les HCL avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

La réunion de deux EHPAD qui ont des cultures distinctes est l'occasion d'apporter un regard distancié sur les pratiques des équipes et les modes d'organisation retenus sur chacun des deux sites. Une sorte de benchmarking s'opère, et c'est une opportunité importante rencontrée lors de cette opération de transfert. L'élément le plus représentatif de cette comparaison des pratiques s'analyse dans la négociation d'une Convention tripartite unique, et dans les préalables qui interviennent antérieurement à la signature d'une Convention (notamment les référentiels d'auto évaluation de type Angélique). La perspective générale est d'offrir, à l'occasion de cette opération de transfert, une prise en charge de meilleure qualité pour les personnes âgées dépendantes et leurs familles. Le directeur du CH, accompagné par la Direction des soins et les cadres des deux EHPAD, a souhaité profiter du transfert pour donner une impulsion nouvelle sur la rédaction d'un nouveau projet de vie, qui serait désormais commun aux deux sites.

La création d'un groupe de travail en avril 2010 a permis de relancer le projet de vie, en partant de l'état des lieux et des documents qui existaient dans chacun des sites. L'objectif qui sous tend la relance d'un groupe de travail mixte (EHPAD du CH de Givors/EHPAD Bertholon-Mourier) composé de soignants et de cadres (de santé ou de direction) répond à un double objectif : développer une culture commune en favorisant le travail collectif d'une part, et bénéficier des expériences et des pratiques les plus adaptées des deux EHPAD d'autre part. Ce transfert de gestion constitue une opportunité pour adopter un regard distancié sur les pratiques soignantes et les éléments de prise en charge d'une personne âgée en institution gériatrique, dans une perspective

d'augmentation de la qualité du projet de vie, qui représente la matrice d'un EHPAD. C'est par la définition du projet de vie et le suivi de sa mise en œuvre opérationnelle que se traduit une offre gériatrique institutionnelle de qualité, qui place la personne âgée au centre du dispositif. De ce point de vue, la transition du sanitaire vers le médico-social (via la requalification des lits d'USLD en lits d'EHPAD) est une modification complète de la manière d'appréhender la prise en charge de l'usager du service public de santé : en passant d'un patient à un résident. Une telle transition comporte bien entendu des écueils, et provoque un sentiment mitigé parmi les équipes.

De manière très concrète, l'arrivée de l'EHPAD Bertholon-Mourier au sein d'un CH qui disposait d'une expertise dans le domaine de la gériatrie a permis de voir mettre en place une instance qui existait déjà pour l'EHPAD hospitalière : le Conseil de Vie Sociale (CVS). Un an après sa requalification en EHPAD, le site Bertholon-Mourier ne disposait pas encore de cette instance réglementaire (instaurée par la loi du 2 janvier 2002<sup>12</sup>). C'est sous l'impulsion de la nouvelle directrice du site, Géraldine DREVET, que ce CVS a tenu sa première réunion le 23 mars 2010, soit moins de trois mois après la reprise de gestion. Indéniablement, cet exemple illustre l'intérêt pour une structure médico-sociale de pouvoir développer sa culture de l'usager, en opérant la transition entre un monde hospitalier accueillant un patient et un lieu de vie hébergeant un résident. Au-delà du glissement sémantique, il s'agit d'un bouleversement des pratiques professionnelles et institutionnelles, que le Centre Hospitalier de Givors a l'intention d'opérer avant la fusion des lits. Cette transformation, induite non pas par l'intégration au sein du CH, mais par la requalification des lits d'USLD en lits d'EHPAD, entraîne pourtant un relatif trouble parmi les équipes soignantes et les cadres de santé. De façon explicite, un cadre de santé a pu affirmer lors d'une réunion que si l'exercice de ses missions devait s'éloigner de ses exigences professionnelles, pour des raisons budgétaires, il demanderait une mutation pour un établissement HCL. Cet exemple révélateur du climat de défiance qui pouvait exister dans les premiers moments de la reprise souligne la nécessité de préparer la fusion à venir en mettant en place un projet de prise en charge des personnes âgées ambitieux, qui va dans le sens d'un « mieux disant » médico-social. Et, c'est le CH de Givors qui doit figurer ce « mieux disant », sous l'impulsion d'un projet de vie rénové, qui sera présenté fin 2010.

Pour l'avenir, le projet, dans sa dimension architecturale est de nature à rassembler les équipes autour d'une identité commune, qui reste à créer. Dès le départ, il est admis que le CH ne pourra pas accueillir les 112 lits dans son actuel bâtiment d'EHPAD, qui date de 1965. L'EHPAD du Centre Hospitalier dispose du foncier mais le bâtiment actuel d'EHPAD est obsolète (chambres à deux lits, construction sur trois niveaux, pas d'espace

---

<sup>12</sup> Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale

de déambulation) ce qui exclu toute réhabilitation. Il y a donc une nécessaire réhabilitation et/ou une construction de bâtiments à prévoir pour permettre d'accueillir les nouveaux lits. Cette question souligne la nécessité d'intégrer un volet architectural au projet, comme condition de réalisation de celui-ci. C'est pourquoi le projet comporte depuis le commencement une dimension immobilière et que des discussions avec le Conseil Général et l'ARS ont lieu, afin d'étudier le financement de projet et par voie de conséquence son dimensionnement (en termes de possibilités d'accueil, d'éléments architecturaux, d'autorisations de lits et d'Equivalents Temps Plein). Mais le chef d'établissement a également anticipé le refus de financement d'un nouveau bâtiment de gériatrie, et disposera, de manière certaine, du bâtiment sanitaire (libéré au profit d'un nouveau bâtiment sanitaire, dont la construction débutera en décembre 2010). De la sorte, le transfert des lits de l'EHPAD Bertholon-Mourier qui doit intervenir au 1<sup>er</sup> janvier 2013 est « bordé » avec deux scénarii différents. Toutefois, seul le scénario d'un nouveau bâtiment, aux normes actuelles et spécialement aménagé pour l'accueil des personnes âgées dépendantes est susceptible de procéder à cette acculturation des équipes, grâce à un projet ambitieux et motivant pour tous. Il importe donc de la mission d'un directeur d'avoir une vision sur l'avenir de son établissement, afin de pouvoir anticiper les décisions et donner les orientations stratégiques. Agissant comme un chef d'orchestre, il ne peut agir seul et doit essayer de créer les conditions de l'émulation de ses collaborateurs, pour exercer pleinement son rôle de management : c'est-à-dire développer la capacité à travailler ensemble dans une même direction.

~~~

## Conclusion

L'analyse des opportunités et des freins révélés lors du transfert d'un EHPAD au sein d'un CH a permis de mettre l'accent sur les marges de manœuvre dont dispose un directeur pour dynamiser son établissement, pérenniser l'activité pour les 15 prochaines années et participer à la recomposition du paysage sanitaire et social de son territoire d'implantation.

Les propositions d'action pour le bon déroulement d'une opération de transfert ne sont pas intangibles, mais elles peuvent cependant être considérées comme des piliers, des invariants, ou pour mieux dire des éléments incontournables dans la conduite d'une opération similaire, et ce quel que soit le contexte et la nature des établissements.

Cette opération d'intégration, replacée dans le contexte national des fusions d'établissements, des mouvements de coopération et du développement d'une culture de mutualisation des compétences au service des besoins d'une population identifiée, nécessite, de la part d'un directeur, de prendre la mesure du bouleversement psychologique lié à une fusion d'établissements.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les établissements en présence, même s'ils sont le fruit de deux histoires distinctes, écrivent désormais un avenir commun, au service de l'accompagnement de l'usager de l'offre sanitaire et sociale. Le rapprochement du secteur sanitaire et du secteur médico-social, au-delà de leur domaine d'expertise distinct, ont vocation à répondre ensemble aux besoins des usagers du secteur public. Partant de ce constat, qui est au cœur des missions de service public de nos établissements, c'est le rapprochement des deux secteurs, trop cloisonnés par la loi de 1975, qui permet d'offrir un niveau de prise en charge exigeant et performant. La proximité d'un EHPAD et d'un Centre hospitalier permet aux résidents de pouvoir bénéficier d'un plateau médico-technique et de places pour la prise en charge des phases aiguës d'une pathologie.

En effet, selon les conclusions d'une étude menée en 2007 par le gérontopôle de Toulouse en région Midi-Pyrénées<sup>13</sup>, le niveau de dépendance des résidents des EHPAD s'accroît en cas de transfert vers l'hôpital. Il semble donc intéressant de pouvoir rapprocher tant géographiquement que culturellement les deux secteurs, pour mettre en place un mode de prise en charge linéaire, et non pas diamétralement opposé comme aujourd'hui. La fragilisation et la dépendance des personnes âgées, en particulier celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, s'accroît lorsqu'elles subissent des transferts entre

---

<sup>13</sup> PLEIAD, Etude Epidémiologique descriptive en EHPAD, 2 juin 2010, Pr VELLAS B. et Pr ROLLAND Y., Institut Kantar Health

l'hôpital et les EHPAD dont elles sont résidentes montre cette étude. « Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les résidents ne sont pas admis définitivement » dans un EHPAD et « changent de lieu de prise en charge en fonction de l'évolution de leurs pathologies » constate le gérontopôle de Toulouse. L'analyse des flux montre ainsi qu'un résident sur quatre a été transféré dans les trois derniers mois et que, de façon générale, 70% des patients entrant dans un EHPAD proviennent de l'hôpital. Or l'étude révèle que la prise en charge hospitalière ne semble pas remédier aux facteurs de fragilité ou de dépendance des patients, voire les augmente, en particulier pour ceux atteints de la maladie d'Alzheimer. Le gérontopôle note un « quasi doublement de la dépendance lourde » puisque « le taux de patients en GIR 1 ou 2 passe de 28% chez les nouveaux entrants venant du domicile à 50% au retour d'une hospitalisation ». L'usage particulièrement élevé des psychotropes, des contentions, et l'aggravation de l'incontinence sont les marqueurs de l'aggravation des résidents d'EHPAD à la suite d'un séjour dans le champ sanitaire. C'est pourquoi le trop grand antagonisme qui règne entre le secteur sanitaire et médico-social est de nature à amoindrir la qualité de la prise en charge gériatrique, alors qu'un dialogue est nécessaire tant pour la continuité de l'offre que pour la préservation de l'état de santé physique et psychologique de publics déjà très fragilisés. Le Professeur Françoise FLEURETTE, directrice de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG), propose, afin d'améliorer les liens entre EHPAD et hôpitaux, de créer des équipes mobiles de personnel hospitalier pour traiter les résidents avant que leur état ne rende l'hospitalisation indispensable. Il ne s'agit de transformer les EHPAD en hôpitaux, mais de resserrer les liens entre ces deux structures, pour créer les conditions d'un dialogue, et au final, offrir un accompagnement vers la fin de vie d'une qualité supérieure.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires**

Code de la santé publique

Code de l'action sociale et des familles

Ministère en charge de la santé, loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sanitaire et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002, p124.

Ministère en charge de la santé, loi n°2008-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires.

## **Plans et programmes ministériels**

Plan national Solidarité Grand Age – juin 2006

## **Statistiques**

DREVET G., FECHE J., avril 2009, « Bilan social – Dépenses de personnel », Centre Hospitalier de Givors

ROBERT-BOBEE I., 2007, « Projections de population 2005-2050, Vieillesse de la population en France métropolitaine », Economie et statistique, n°408-9, p95

Conseil Général du Rhône, 2006, « Monographie personnes âgées », Lyon, Département du Rhône, 6 pages

Etudes et résultats, Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la santé

- n°485 – La clientèle des EHPAD, avril 2006
- n°494 – Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, juin 2006

Fédération Hospitalière de France, 2009, « Chiffres clés de l'hôpital et du secteur médico-social »

### **Articles de périodiques**

JAMOT M., MADJLESSI A., CRESSENS M., janvier-février 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ? Retour d'expérience du CH de Puteaux », Revue hospitalière de France, n°526, p40

VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET JM., janvier-février 2009, « Filières gériatriques. Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », Revue hospitalière de France, n°526, p36

VILLEZ A., septembre novembre 2008, « Hébergement des personnes âgées : comment résister à la prégnance du modèle hospitalier », Contact santé n°226, p35

### **Etudes**

ROLLAND Y., VELLAS B., Gérontopôle du CHU de Toulouse, juin 2010, PLEIAD, étude épidémiologique descriptive en EHPAD, « Nos aînés fragilisés en maisons de retraite médicalisées : une vie de mouvements », Soins gérontologie, volume 15, n°84, juillet-août 2010, p5

### **Documents de planification**

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III de la région Rhône-Alpes

Schéma départemental en faveur des personnes âgées et handicapées, 3<sup>ème</sup> schéma 2009-2013, Conseil Général du Rhône

Centre hospitalier de Givors, Projet d'établissement 2009-2013

Centre hospitalier de Givors, Projet médical 2009-2013

Hospices Civils de Lyon, Projet d'Etablissement 2005-2010, version non adoptée

### **Mémoires EHESP**

BERTHET M-C, décembre 1994, « La participation des personnels, facteur de prévention du stress chez les personnes âgées lors d'un transfert », Mémoire ENSP filière DS

HENRY I., décembre 2007, « Conduire le regroupement d'EHPAD pour une amélioration de l'offre de service dans le cadre d'une intercommunalité », Mémoire ENSP, CAFDES

MOLLARD A, décembre 2007, « Dynamique d'une intégration », Mémoire ENSP filière DH

RINEAU M., décembre 2009, « Un transfert de site : que rôle du directeur dans ce changement ? L'exemple de la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois », Mémoire EHESP, filière DESSMS

### **Sites internet consultés**

[http://publication.rhone.fr/schema\\_paph\\_etat\\_des\\_lieux](http://publication.rhone.fr/schema_paph_etat_des_lieux) [le 22 juin 2010]

[http://publication.rhone.fr/schema\\_paph\\_programme\\_actions](http://publication.rhone.fr/schema_paph_programme_actions) [le 22 juin 2010]

<http://www.cgt-hcl.org/spip.php?article107> [le 14 juillet 2010]

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 : Convention cadre de coopération Hospices Civils de Lyon/CH de Givors, 17 novembre 2008

Annexe n°2 : Charte de fonctionnement de la prestation repas pour la Fondation Bertholon-Mourier, 23 janvier 2009.

Annexe n°3 : Communiqué de presse commun HCL-CH Givors, 9 juin 2009

Annexe n°4 : Convention de transfert de gestion de la Fondation Bertholon-Mourier, signée le 2 novembre 2009

Annexe n°5 : Arrêté conjoint de transfert de l'autorisation d'exploitation de la Fondation Bertholon-Mourier, Préfecture et Conseil Général du Rhône, 18 décembre 2009.

Annexe n°6 : Tableau de suivi des contrats de maintenance, d'entretien et de prestations de service, janvier 2010.

Annexe n°7 : Projections budgétaires relatives à l'intégration de l'EHPAD Bertholon-Mourier, décembre 2009.

Annexe n°8 : Grille d'entretien utilisée (modèle)

## ANNEXE N°1

### Convention cadre de coopération entre le CH de Givors et les HCL

CONVENTION CADRE DE COOPÉRATION
---------------------------------

ENTRE :

LES HOSPICES CIVILS DE LYON (HCL)  
3, quai des Célestins  
69223 LYON Cedex 2

représentés par leur Directeur Général, Monsieur Paul CASTEL, agissant en application de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant Réforme Hospitalière, de l'ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, du décret n° 96-945 du 30 octobre 1996 relatif à la composition et au fonctionnement des conseils d'administration des établissements publics de santé, et du décret n° 97-633 du 31 mai 1997 portant dispositions spécifiques aux Hospices Civils de Lyon,

Ci-après dénommés « HCL »

D'UNE PART

ET

LE CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS (69)  
Représenté par son Directeur

D'AUTRE PART

-----  
IL A ÉTÉ ARRÊTÉ ET CONVENU CE QUI SUIT

**Exposé des motifs :**

La proximité géographique entre le Centre Hospitalier de Givors et les Hospices Civils de Lyon, (et particulièrement le Centre Hospitalier Lyon Sud situé à Pierre-Bénite) conduit les deux établissements à organiser dans un cadre contractuel toutes les actions de coopération possibles en sus de celles déjà réalisées en fonction de leurs projets médicaux délibérés par leurs instances, des projets médicaux de territoires définis au SROS 3 et des besoins de la population.

Ils positionnent leur collaboration dans le cadre des dispositions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S. 3) qui dispose d'une nécessaire évolution des activités du Centre Hospitalier de Mongelas au regard de l'activité constatée, des besoins de la population et des préoccupations d'équilibre économique et social.

Les deux établissements considèrent qu'une approche globale de leurs activités de soins, en fonction des ressources dont ils disposent, peut concourir à une meilleure offre de soins auprès de la population, une amélioration de leur efficacité au regard notamment des modifications du système de financement des établissements de santé.

Ils considèrent que les activités médicales sont au cœur de leurs relations sans pour autant exclure d'autres domaines tels que le champ de la formation, de la logistique, de la gestion selon les besoins et les attentes. C'est pourquoi, ils envisagent également favorablement toutes propositions tendant à partager du temps médical ou favoriser des recrutements sur poste vacant en utilisant « l'outil » que représentent les relations étroites des HCL avec l'Université.

La présente convention cadre, d'un périmètre nécessairement élargi, constitue le cadre général des relations entre les deux établissements qui conviennent de s'informer réciproquement de leurs projets lorsque ceux-ci impactent sur les missions de l'autre établissement et de mettre en œuvre les actions concrètes concourant aux objectifs généraux précédemment cités.

Ils définissent leur relation dans un cadre d'équilibre réciproque selon une stratégie de coopération exigeante de type « gagnant gagnant » en précisant par avenant, domaine par domaine et en fonction des opportunités et perspectives, les aspects opérationnels.

Ils considèrent également que s'agissant d'une aide à la reconversion partielle d'un site hospitalier, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sera saisie conjointement pour apporter un soutien en fonction des difficultés attestées.

**Article 1 : Objet**

La présente convention a pour finalité de définir le cadre général de coopération entre les deux établissements conformément aux orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire N° 3 notamment sur les points généraux développés (tel le développement d'une offre de soins équilibrée, solidaire et en réseau s'appuyant sur les concepts de graduation des soins) et les points particuliers précisés dans le projet médical du territoire Sud.

Cette convention cadre est enrichie par des avenants thématiques définis à l'article 3 afin d'organiser la complémentarité entre les deux établissements.

La présente convention se fixe comme objectif général de favoriser les échanges entre les équipes médicales des deux établissements et d'offrir ainsi des possibilités opérationnelles de partenariat afin de garantir l'accès aux soins aux usagers et promouvoir le service public.

## **Article 2 : Des « outils » au service de la coopération**

- Les deux établissements ont historiquement défini les liens dans le cadre de convention inter hospitalière en vue de l'organisation d'un réseau de soins (cf. annexe)
- Ils examineront favorablement toutes demandes formulées par des praticiens aux fins de réaliser des missions d'intérêt général dans le cadre de projets médicaux concertés
- Ils se tiennent informés des vacances prévisionnelles d'emplois de praticiens susceptibles de générer des difficultés en termes d'activités de façon à rechercher conjointement des solutions de résolution
- Ils considèrent que les équipements de visioconférence sont autant de moyens parmi d'autres pour favoriser les échanges sur dossiers cliniques et de partage de temps médical ou médico-technique et réaliser les concertations pluridisciplinaires lorsqu'il y a lieu.
- Ils estiment que les plateaux techniques de recours sont susceptibles d'être ouverts en cas de besoin aux praticiens sous condition de s'effectuer dans le cadre d'un projet médical commun traduit sous forme d'avenant à la présente convention.

## **Article 3 : Des thématiques prioritaires**

- Les deux établissements considèrent que la présente convention constitue un cadre général des relations et priorisent par voie d'avenant des thèmes prioritaires tels que :
  - la mise en œuvre de consultations de chirurgie générale et spécialisée aux fins de maintenir une offre de soins de proximité
  - l'activité de gynécologie et l'activité d'obstétrique en prenant en compte le projet d'extension d'activité défini par le CH de Mongelas
  - l'accès facilité au Service d'Accueil des Urgences et le transfert de patients après diagnostic réalisé au CH de Mongelas (unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences) y compris pathologies psychiatriques
  - l'accès à la future unité de soins de suite et de réadaptation créée par redéploiement des lits de chirurgie, avec le soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
  - le soutien au fonctionnement de l'unité de soins palliatifs dans le cas où un renforcement de l'équipe mobile de soins palliatifs installée au CHLS est obtenu dans le cadre de crédits MIGAC
  - la mise en œuvre éventuelle de consultations de médecine
  - l'adressage de patients pour prescription d'actes de cardiologie interventionnelle en lien avec l'hôpital de la Croix Rousse.

Cette énumération traduit les champs déjà explorés sans préjudice des nouvelles orientations en fonction de l'analyse des besoins et des opportunités.

## **Article 4 : Modalités d'application**

Les services médicaux organisés progressivement en Pôles d'Activités Médicales des Hospices Civils de Lyon se positionnent comme les référents pour les prises en charge de recours auprès des services du Centre Hospitalier de Mongelas et, à ce titre, s'engagent à apporter toutes informations nécessaires à leurs correspondants.

Les services des Hospices Civils de Lyon s'attacheront à définir des conditions d'accès privilégiées aux correspondants médicaux identifiés du CH de Mongelas.

**Article 5 : Structure de suivi**

Les deux établissements conviennent de se rencontrer régulièrement, et au moins une fois par an, pour évaluer les actions conjointes menées et envisager les développements futurs.

Ils se tiennent informer de l'évolution de leur projet d'établissement et des ajustements en cours et partagent leur analyse en ce qui concerne l'évolution de leur positionnement concurrentiel à partir de l'analyse des bases de données régionales en ce qui concerne la consommation de soins.

Ils demanderont conjointement le soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en tant que de besoin.

**Article 6 : Durée**

La présente convention cadre est conclue pour une durée d'un an, indépendamment des échéances des annexes thématiques. Elle sera renouvelée annuellement par tacite reconduction.

La dénonciation de la convention par l'une ou l'autre des parties pourra être réalisée par l'une ou l'autre des parties. Cette dénonciation, qui doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, prend effet dans un délai de trois mois à compter de la date de l'accusé de réception.

Elle sera portée à la connaissance de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Fait à Lyon le

Le Directeur Général  
des Hospices Civils de LYON



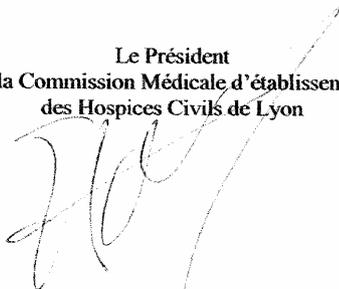
P. CASTEL

Le Directeur  
du Centre Hospitalier de MONGELAS



S. MALACCHINA

Le Président  
de la Commission Médicale d'établissement  
des Hospices Civils de Lyon



Le Président  
de la Commission Médicale d'Etablissement  
de Mongelas



Docteur D. HADDAD

## ANNEXE N°2

Charte de fonctionnement de la fabrication et de la livraison des repas  
de l'EHPAD Bertholon-Mourier par le CH de Givors

### **GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE** **« HCL-GIVORS »**

<b><u>CHARTRE DE FONCTIONNEMENT DE LA PRESTATION REPAS</u></b> <b><u>POUR LA FONDATION BERTHOLON MOURIER</u></b>
---

Vu le Code de la Santé Publique, articles L.6133-1 à L.6133-6  
Vu le décret 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le Code de la Santé Publique,  
Vu la convention constitutive du GCS « HCL-GIVORS » signée le 17 novembre 2008.

Il est décidé ce qui suit :

#### **ARTICLE 1<sup>ER</sup> : DEFINITION DE LA PRESTATION**

Le Groupement de Coopération Sanitaire « HCL-GIVORS » fournit, à compter du mercredi 4 février 2009, l'ensemble des repas des résidents et des personnels de la FONDATION BERTHOLON MOURIER des Hospices Civils de Lyon, sise Route neuve à GIVORS, et les repas du Centre Hospitalier de GIVORS.

Pour la FONDATION BERTHOLON MOURIER, la prestation comprend tant, l'approvisionnement que la production et la livraison selon les conditions définies dans les articles suivants.

#### **ARTICLE 2 : DEFINITION DES REPAS**

Petit déjeuner patient : cf. annexe 1

Déjeuner patient : cf. annexe 1

Dîner patient : cf. annexe 1

Repas « animation » = apéritif festif ou repas festif de midi (barbecue, pique-nique...) ou goûter festif (goûters anniversaire, glaces, ...) ou événements (vœux, galette des rois).

Repas accompagnant = un déjeuner patient ou un dîner patient selon s'il est servi le midi ou le soir.

Repas des personnels de jour (cinq éléments) = une entrée + une viande + légumes ou féculents + un fromage + un dessert. Le pain est également fourni par le GCS pour l'ensemble des agents mangeant au self.

Repas des personnels de nuit = une collation type « casse-croûte » basée sur trois éléments (potage déshydraté et deux desserts)

Occasionnellement des plateaux-repas froids peuvent être servis en certaines circonstances au personnel de la FONDATION BERTHOLON MOURIER (instances, élections).

Toute autre forme de repas servis à la FONDATION BERTHOLON MOURIER reste à la charge des HCL (repas de direction par exemple) comme les compléments nutritionnels et l'alimentation entérale qui restent de la compétence de la Pharmacie des HCL.

### **ARTICLE 3 : MISES A DISPOSITION**

Pour réaliser la prestation, le CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS met à disposition du GCS « HCL-GIVORS » :

- l'ensemble des locaux de production alimentaire et les équipements existant qu'il comportent
- l'ensemble des effectifs affectés à l'unité de restauration
- des équipements complémentaires acquis par lui-même dédiés exclusivement à la prestation du GCS à savoir :
  - o un four
  - o une sauteuse
  - o des conteneurs isothermes
  - o des plaques eutectiques
  - o une balance mécanique
  - o une cinquantaine de bacs (dont des bacs roulants)
  - o des jeux de bacs gastronomes inox et polycarbonate de différentes tailles et leurs couvercles
  - o une armoire chauffante
  - o des rayonnages
  - o une thermofilmeuse et ses consommables
  - o un véhicule utilitaire 3,5 t normalisé à hayon
  - o un logiciel de gestion comptable compatible circulaire M 9.5

Afin de pouvoir obtenir l'agrément sanitaire européen délivré par la Direction Départementale des services vétérinaires du Rhône, le CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS a été dans l'obligation de procéder à des travaux de mise aux normes en matière de chauffage et ventilation, ainsi que de peinture et de carrelage de locaux jusque là inutilisés.

- des moyens humains complémentaires recrutés pour la prestation de la FONDATION BERTHOLON MOURIER :
  - o 0,4 ETP de diététicienne (un agent)
  - o 0,4 ETP de chauffeur-livreur (réparti sur deux agents)

### **ARTICLE 4 : APPROVISIONNEMENT**

Le CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS effectue les achats de matières premières pour le compte du GCS « HCL-GIVORS » par les moyens de son choix (mise en concurrence ou groupement d'achat régional). En revanche, le GCS assure la gestion des stocks.

### **ARTICLE 5 : COMMANDES ET PRODUCTION**

#### **5.1 Menus :**

Ils se composent d'un menu général sans cycle répétitif, de plats de remplacements fixes et de régimes (thérapeutiques et textures modifiées).

Ils sont hebdomadaires (normal et régimes) et établis par les diététiciennes du GCS.

La transmission est effectuée le jeudi de la semaine précédente par fax au bureau des entrées au 04.72.49.15.15 avant midi, ou en cas d'impossibilité majeure par mail. En cas de jour férié cette transmission est avancée de 24H.

#### **5.2 Commande des repas :**

La commande des repas de midi et du soir est transmise quotidiennement par les soignants de la FONDATION BERTHOLON MOURIER la veille au plus tard à 14h. Les commandes des repas des résidents du dimanche seront transmises avec celles du samedi et les commandes des repas des résidents pour le lundi seront transmises le samedi (c.f. annexe 2)

Pour les jours fériés autres que les dimanches, les diététiciennes du GCS préciseront les consignes d'organisation.

Cette commande est effectuée par fax au GCS au 04 78 07 30 ?? et à la Direction de la Restauration des HCL au 04.72 11 72 40 à l'aide du bon de commande mis en place à cet effet à l'entête de la Direction de la Restauration des HCL.

Les petits-déjeuners sont commandés chaque mardi pour la semaine par fax au 04 78 07 30 ?? avant 14h selon les mêmes modalités, en utilisant le document type ad-hoc joint en annexe 2.

Les aversions alimentaires des résidents, établies par les soignants de la FONDATION BERTHOLON MOURIER, sont consignées par les diététiciennes du GCS qui les prennent en compte chaque jour pour définir la composition des menus quotidiens de chacun.

La validation comptable de la commande est arrêtée à mois échu par la Direction de la Restauration des HCL.

Les repas organisés dans le cadre de l'animation (cf article 2 alinéa 4) sont commandés tous les 20 du mois pour le mois suivant. Le GCS propose alors un devis à la FONDATION BERTHOLON MOURIER qui est ensuite négocié et accepté au plus tard le dernier jour ouvré du mois en cours par le Service Animation sous la responsabilité de la Direction des Soins, en fonction de l'enveloppe budgétaire allouée par les HCL

La demande est adressée par mail à [economat@ch-givors.fr](mailto:economat@ch-givors.fr) qui transmettra au GCS

La proposition tarifaire est adressée à [michel.ferri@chu-lyon.fr](mailto:michel.ferri@chu-lyon.fr) et en copie à [francoise.ghelfi@chu-lyon.fr](mailto:francoise.ghelfi@chu-lyon.fr).

### **5.3 Production des repas :**

Le GCS « HCL-GIVORS » utilise à cet égard les locaux et le matériel mis à sa disposition par le CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS tels que définis dans l'article 3 du présent document.

Ainsi le GCS produit pour le compte de la FONDATION BERTHOLON MOURIER environ 83500 repas par an (en année pleine)

Ces 83500 repas correspondent à la capacité d'hébergement de la FONDATION BERTHOLON MOURIER sous réserve d'une occupation moyenne des lits établie à 95% et aux repas quotidiens fabriqués pour le compte des personnels de jour. Il comprend également les quelques repas accompagnant éventuels et les collations des personnels de nuit.

Les repas des résidents et accompagnants sont fabriqués tous les jours du lundi au dimanche en liaison chaude.

En revanche, les repas des personnels de jour sont fabriqués du lundi au vendredi en liaison froide.

Le self du personnel, ouvert pour le déjeuner du lundi au vendredi, est équipé par les HCL de deux armoires réfrigérées de distribution automatique de repas et des micro-ondes nécessaires à la remise en température est également à la charge des HCL.

### **5.4 Conditionnement et allotissement des repas :**

Le conditionnement des repas est prévu en mode collectif (bacs gastronormes de dimensions diverses suivant les besoins de chaque unité de soins).

Les plats sont placés en conteneurs isothermes, avec plaques eutectiques.

L'allotissement est prévu pour 4 unités de soins + le self.

Les repas des personnels de jour sont allotis en barquettes résistantes au four à micro-ondes et thermofilmées en fin de chaîne.

### **5.5 Cas particuliers des boissons et autres produits manufacturés :**

Le GCS assure également la livraison quotidienne des boissons et autres produits manufacturés commandés hebdomadairement le mardi avant 14h.

Les HCL assurent la distribution d'eau potable par le déploiement dans l'ensemble des quatre unités d'hébergement de fontaines à eau réfrigérées. Le GCS prend à sa charge l'approvisionnement pour l'ensemble des autres boissons.

#### **5.6 Agrément sanitaire européen délivré par la Direction Départementale des Services Vétérinaires du Rhône:**

Le CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS, mettant à disposition du GCS les locaux et équipements nécessaires à la prestation de production ci-dessus définie, organise la procédure d'agrément européen obligatoirement requise. Quelques travaux ont été réalisés par le CH de GIVORS pour le compte du GCS (cf article 3) avant la première visite d'autorisation qui a eu le 4 novembre 2008. Le CH de GIVORS dispose de trois mois dès réception de cette autorisation pour satisfaire aux exigences réglementaire du dit agrément (visite de conformité).

#### **ARTICLE 6 : LIVRAISON ET CONTROLE**

La livraison est assurée par un véhicule utilitaire de type 3,5t normalisé à hayon mis à disposition du GCS par le CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS (cf article 3). En cas d'indisponibilité du véhicule, le CH de GIVORS mettra en œuvre tous les moyens dont il dispose pour le remplacer.

Les repas ainsi allotés sont livrés par le chauffeur du GCS selon les modalités suivantes :

- La première livraison est assurée tous les jours du lundi au dimanche 365/365j par un départ de l'unité de production fixé à 11h00 du matin. Compte tenu du temps de trajet la livraison à quai à la FONDATION BERTHOLON MOURIER est envisagée à 11h15. Elle permet ainsi la livraison des repas de midi (définition à l'article 2) et des éventuelles prestations « animation », ainsi que les produits manufacturés nécessaires aux petits déjeuners (sauf le beurre qui est livré avec les repas du soir) et autres boissons (cf article 5.5).
- La seconde livraison est assurée tous les jours du lundi au dimanche 365/365j par un départ de l'unité de production fixé à 17h00. Compte tenu du temps de trajet la livraison à quai à la FONDATION BERTHOLON MOURIER est envisagée à 17h15. Elle permet ainsi la livraison des repas du soir (définition à l'article 2).

Ces horaires sont instaurés préalablement pour une durée de trois mois et soumis à évaluation. Les deux établissements se réservent le droit de les modifier à l'issue de la restitution de cette évaluation.

La livraison des repas des résidents, des personnels, et des repas accompagnants est effectuée à quai, les gastronomes étant rangés dans des conteneurs roulants facilitant les manipulations.

Dès livraison à quai, le chauffeur livreur du GCS est chargé, outre le contrôle de réception prévu à l'article 7 suivant, de vérifier de manière contradictoire avec l'agent de réception la température des aliments. Cette température est consignée sur le bon de livraison.

En cas de non-conformité, le personnel de la FONDATION BERTHOLON MOURIER est en droit de refuser tout ou partie de la livraison. Equipé d'un téléphone portable, le chauffeur prévient immédiatement le responsable du centre de production qui décidera des mesures correctives.

#### **ARTICLE 7 : RECEPTION DES REPAS**

A chaque livraison effectuée selon les modalités exposées à l'article 6 ci-dessus, le chauffeur livreur dispose d'un bon de livraison établi par le GCS lui permettant d'établir de manière contradictoire un accusé de réception (c.f. annexe 2). Il comporte également, outre le contrôle de température (cf article 6) le nombre de contenants vides préalablement rincés (repas précédents) qu'il ramènera à chaque tournée au centre de restauration. Le GCS assure le nettoyage des équipements. Ce bon de livraison est cosigné par le chauffeur et l'agent de réception.

En cas de litige, le chauffeur livreur utilisera son téléphone portable pour informer le responsable du centre de production qui décidera des mesures correctives.

La FONDATION BERTHOLON MOURIER désigne quotidiennement en son sein des agents pour effectuer cette réception contradictoire selon les modalités du protocole (annexe 3). En cas d'absence d'agents sur le quai de livraison, le chauffeur livreur contacte le 04 72 42 15 56 ou le 04 72 42 15 51.

### **ARTICLE 8 : DISTRIBUTION DES REPAS**

La prestation du GCS s'arrêtant au quai de livraison, la distribution des repas au self et dans les unités d'hébergement est assuré par le personnel de la FONDATION BERTHOLON MOURIER.

### **ARTICLE 9 : SUIVI DIETETIQUE**

La diététicienne du GCS assure, à l'instar de l'actuelle diététicienne des HCL, le traitement de la commande des repas, le suivi sur site de certains patients, et la relation avec les équipes soignantes. Elle favorise l'interface entre les unités de soins et service de restauration. Elle organise elle-même les modalités de contact en dehors de sa présence sur le terrain.

Elle participera à certains projets (dénutrition...).

### **ARTICLE 10 : PARTICIPATION FINANCIERE ET PROCEDURE BUDGETAIRE**

La participation financière des Hospices Civils de Lyon au GCS s'effectue par douzième à mois échu après envoi par le GCS d'un titre de recette.

Néanmoins cette participation fera l'objet d'une décision modificative en cours d'exercice en fonction du nombre de repas fournis à la FONDATION BERTHOLON MOURIER, considérant les définitions établies à l'article 2 du présent document :

- un équivalent repas = un déjeuner résident du midi
- un équivalent repas = un dîner résident du soir
- un équivalent repas = un repas accompagnant
- un équivalent repas = un repas agent de jour
- un équivalent repas = un repas « avion »
- 0,5 équivalent repas = un repas « casse-croûte » du personnel de nuit
- 0,3 équivalent repas = un petit-déjeuner résident (le nombre de petits-déjeuners est égal au nombre de repas de la veille au soir)
- Toute autre prestation est facturée sur devis et acceptée par l'animation de la FONDATION BERTHOLON MOURIER en fonction du budget qui lui est accordé.

La procédure budgétaire est établie selon les règles de la circulaire M9.5 relative aux Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial. Elle est assurée par le Trésorier du GCS qui s'appuie sur les compétences des personnels de la Direction des Services Economiques et de la Direction des Finances du CENTRE HOSPITALIER de GIVORS.

De ce fait la comptabilité reste une comptabilité publique en double compte dont la responsabilité est confiée au Trésorier Principal de GIVORS, siège du GCS « HCL-GIVORS ».

Un logiciel conforme à cette nomenclature est en voie d'acquisition par le CH de GIVORS et mis à disposition du GCS.

Le budget afférent aux prestations de restauration de BERTHOLON MOURIER tient compte :

- de recettes prévisionnelles liées aux participations financières des deux établissements
  - o en fonction du nombre d'équivalents repas livrés pour les HCL
  - o en fonction de nombre de repas animation fournis à la FONDATION BERTHOLON MOURIER
  - o en fonction des moyens mis à disposition pour le CH de GIVORS
- de dépenses prévisionnelles basées sur les charges complémentaires assurées par le CH de GIVORS (denrées, consommables, personnels, charges de structure, amortissements et autres investissements complémentaires). Ces charges font l'objet à mois échu d'un reversement financier du GCS au budget général du CH de GIVORS à hauteur d'un douzième par mois.

Le budget est bien entendu voté en équilibre par l'Assemblée Générale du GCS tous les ans selon les prescriptions de la circulaire M9.5 et est susceptible de faire l'objet de décisions modificatives en fonction de l'activité du GCS et de la première évaluation trimestrielle..

#### **ARTICLE 11 : DUREE ET CONDITIONS DE RETRAIT**

La présente charte de fonctionnement et ses annexes sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, pour une durée indéterminée conforme à la durée d'existence du GCS « HCL-GIVORS », dès lors que l'objet même du GCS en matière de prestation de restauration de la FONDATION BERTHOLON MOURIER n'est pas remis en cause par l'ensemble des membres du groupement.

A Lyon le 23 janvier 2009

Le Directeur général des HCL  
ou son représentant  
P. CASTEL

Le Directeur du CH de GIVORS  
ou son représentant  
S. MALACCHINA



**Communiqué de presse**

*Le 9 juin 2009*

Les Hospices Civils de Lyon et le Centre Hospitalier de Givors sont engagés depuis plusieurs années déjà dans une démarche de coopération destinée à assurer la pérennité de l'offre de soins de proximité au sud de l'agglomération lyonnaise et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, tout en optimisant la gestion de ces services.

Fort de ce partenariat dans les domaines médical, paramédical et technique, qui a été formalisé en 2007 dans une convention-cadre, les deux établissements souhaitent renforcer leurs relations au plus près du besoin de la population.

Cette coopération s'est jusqu'alors surtout développée, dans un climat de confiance mutuelle et à la satisfaction de tous (patients, établissements, autorités sanitaires), dans les domaines ciblés, tels que la prise en charge chirurgicale, la cardiologie ou les soins de suite et de réadaptation.

Il semble désormais logique qu'elle s'étende à la gériatrie, dès lors que les Hospices Civils de Lyon disposent d'un établissement, la Fondation Bertholon-Mourier, implantée sur la commune même de Givors. Les coopérations en la matière existent au demeurant déjà, le Centre Hospitalier de Givors assurant la fourniture des repas pour les deux sites.

Les deux établissements étudient donc actuellement le transfert de la gestion du site de la Fondation Bertholon-Mourier au Centre Hospitalier de Givors, sans aucun bouleversement ni pour le patient ni pour le personnel.

Le projet est en cours d'examen, en lien avec les acteurs concernés. Les instances des deux établissements auront naturellement à se prononcer sur cette évolution. Le conseil d'administration des Hospices civils de Lyon en examinera le principe lors de son conseil d'administration du 29 juin, celui de Givors le 26 juin prochain. Si cette orientation est validée, il appartiendra aux conseils d'administration, à l'automne, d'en examiner les modalités opérationnelles.

Ce projet permet de conserver la totalité de la capacité de 112 lits de la Fondation, de maintenir les emplois et de ne pas provoquer de bouleversement immédiat pour les résidents et leurs familles. Jusqu'à la fin de l'année 2009, le site de la Fondation Bertholon-Mourier resterait géré par les Hospices civils de Lyon. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la gestion en serait assurée par le Centre Hospitalier de Givors. A horizon fin 2012, l'activité pourrait être transférée sur le site du Centre

Hospitalier de Givors, distant seulement de 3 km de la Fondation, dans de nouveaux bâtiments qui offriront un niveau de prestation encore meilleur pour les résidents.

Une telle opération permettrait d'améliorer significativement la prise en charge des patients âgés, grâce à une offre de soins qui associe la proximité pour les usagers, la garantie médicale du plateau technique du Centre Hospitalier de Givors et un cadre d'hébergement neuf. D'autre part, ce projet permettrait d'augmenter l'offre de soins du Centre Hospitalier de proximité, de consolider son assise locale, tout en renforçant ses liens de coopération avec le centre hospitalo-universitaire de Lyon. Ces évolutions constituent une opportunité pour sauvegarder l'emploi hospitalier et réaliser des économies de gestion pour les deux établissements, en évitant les doublons coûteux de structures et d'équipements.

Toutes les mesures d'accompagnement nécessaires sont actuellement en cours de mise au point par les deux établissements pour permettre une transition en douceur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, qui devrait être transparente tant pour les résidents que pour le personnel. En particulier, les personnels de la Fondation Bertholon-Mourier, qui restent naturellement des agents publics hospitaliers, auront la possibilité, pendant une période de trois ans, d'opter pour le maintien de leur statut les liant aux Hospices Civils de Lyon ou de choisir de rejoindre les équipes du Centre Hospitalier de Givors. Durant cette période, ils resteraient agents des Hospices Civils de Lyon, mis à disposition du Centre Hospitalier de Givors.

## ANNEXE N°4

### Convention de transfert de gestion de l'EHPAD Bertholon-Mourier

#### CONVENTION DE TRANSFERT DE GESTION

#### ENTRE

#### LES HOSPICES CIVILS DE LYON ET LE CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS

Entre

**LES HOSPICES CIVILS DE LYON**  
**3 Quai des Célestins**  
**69223 LYON Cedex 2**

Représentés par leur **Directeur Général, Monsieur Paul CASTEL** agissant en application de l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ci-après dénommés **HCL**

ET

**LE CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS**  
**9 Avenue du Professeur Fleming**  
**69701 GIVORS Cedex**

Représenté par leur **Directeur Monsieur Serge MALACCHINA** agissant en application de l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ci-après dénommés **CHG**

Les Hospices Civils de Lyon et le Centre Hospitalier de Givors ci-après individuellement et collectivement dénommés « Parties ».

Vu la délibération du Conseil d'Administration des HCL du 29 juin 2009

Vu la délibération du Conseil d'Administration du CHG du 26 juin 2009

Vu les textes législatifs et réglementaires en vigueur à la date de la signature de la présente convention

#### IL A ETE ARRETE ET CONVENU CE QUI SUIV

##### Exposé des motifs

La Fondation Bertholon Mourier est un établissement des Hospices Civils de Lyon, situé à Givors. Il comporte 112 lits d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Le Projet d'Etablissement des Hospices Civils de Lyon 2009-2013 approuvé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône Alpes, le 23 juillet 2009, a prévu le rapprochement avec le Centre Hospitalier de Givors pour la gestion des lits d'EHPAD.

Le Centre Hospitalier de Givors dans le cadre de son Projet d'Etablissement prévoit notamment la construction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation dont l'ouverture est prévue début 2013.

Un Groupement de Coopération Sanitaire a été constitué entre les 2 parties, le 17 novembre 2008 et l'arrêté a été publié le 4 décembre 2008.

### **Article 1 - Objet de la convention**

La présente convention dont le préambule et les annexes font partie intégrante fixe les modalités de l'organisation et du financement du transfert de gestion de l'activité d'EHPAD de la Fondation Bertholon Mourier vers le Centre Hospitalier de Givors.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 la gestion de l'activité d'EHPAD installée dans les locaux de la Fondation Bertholon Mourier est transférée au Centre Hospitalier de Givors. A l'ouverture du nouveau bâtiment d'hospitalisation construit par le Centre Hospitalier de Givors sur son terrain, cette activité sera transférée dans ces nouveaux locaux.

## **TITRE 1 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRANSFERT DE L'ACTIVITE D'EHPAD**

### **Article 2 - Transfert de l'activité**

Les Hospices Civils de Lyon et le Centre Hospitalier de Givors déposeront les dossiers de transfert des autorisations dans le cadre des fenêtres réglementaires ouvertes par les autorités de tutelle. En cas d'instruction en dehors des délais sus visés, une lettre d'information préalable aura été adressée.

### **Article 3 - Transfert des moyens de fonctionnement**

Le Centre Hospitalier de Givors fait son affaire avec les autorités de tutelle (DDASS et Conseil Général) des moyens nécessaires pour le fonctionnement des lits d'EHPAD.

### **Article 4 - Ressources Humaines**

#### **4-1 Personnel médical**

Le personnel médical affecté par les Hospices Civils de Lyon à la Fondation Bertholon Mourier est constitué de 2 Praticiens Hospitaliers à temps partiel (1,2 ETP). Ces 2 praticiens intègrent le Centre Hospitalier de Givors.

#### **4-2 Personnel non médical**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, le personnel non médical affecté par les Hospices Civils de Lyon à la Fondation Bertholon Mourier à cette date est mis à disposition du Centre Hospitalier de Givors.

La période de mise à disposition courra jusqu'au transfert physique des lits d'EHPAD dans le nouveau bâtiment construit par le Centre Hospitalier de Givors.

Chaque agent concerné disposera pendant la période de mise à disposition d'un droit d'option entre rester agent des Hospices Civils de Lyon et être affecté sur un poste dans l'un des établissements de cette institution ou intégrer, par voie de mutation, le Centre Hospitalier de Givors.

Un accompagnement, mis en place conjointement par les deux établissements est organisé pour apporter tout élément d'information à chaque agent. Le Centre Hospitalier de Givors et les Hospices Civils de Lyon solliciteront, le cas échéant, un crédit FMES pour mener à bien cet accompagnement.

Le droit d'option ne concerne pas les infirmières issues de la promotion professionnelle pendant la durée du contrat qui les lie aux Hospices Civils de Lyon.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les recrutements externes seront directement assurés par le Centre Hospitalier de Givors et rémunérés par cet établissement.

La mise à disposition des personnels donnera lieu à l'émission d'un titre de recettes émis par les Hospices Civils de Lyon qui sera émis mensuellement à terme échu.

Il porte sur l'ensemble des salaires et charges de chaque agent mis à disposition ; les salaires étant entendu comporter tous les éléments accessoires de la rémunération (supplément familial de traitement, primes et indemnités) et pour la part employeur les charges intègrent les cotisations mutuelle, taxe de transport, taxe sur les salaires, formation continue.

Les éléments liés à d'éventuels avantages exorbitants du statut de la fonction publique hospitalière ne donneront pas lieu à remboursement et resteront à la charge des Hospices Civils de Lyon.

Il ne sera pas appliqué de frais de gestion.

#### **Article 5 - Transfert des dossiers patients**

A la date du transfert de gestion toutes les informations (médicales et administratives) nécessaires concernant les patients pris en charge par les Hospices Civils de Lyon et qui resteront sur le site seront portées à la connaissance du Centre Hospitalier de Givors. Celui-ci aura également accès en tant que de besoins aux dossiers de prise en charge antérieure. La traçabilité du transfert de dossier sera assurée.

Au plan administratif, un arrêté de compte sera réalisé par les Hospices Civils de Lyon pour chaque résident.

## **TITRE 2 BIENS IMMOBILIERS ET MOBILIERS**

#### **Article 6 - L'assise foncière et immobilière**

Les HCL sont propriétaires à Givors du terrain et des bâtiments sur lequel sont implantés l'hôpital et certains locaux annexes. Ces locaux sont mis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, à disposition du Centre Hospitalier de Givors.

Une convention d'occupation temporaire du domaine public à titre onéreux précisera les modalités techniques, administratives et financières de cette mise à disposition. Cette convention emportant occupation du domaine public hospitalier est octroyée à titre précaire et révocable et ne saurait conférer à l'occupant les attributs de la propriété commerciale ou de quelque nature que ce soit.

#### **Article 7 - Les biens mobiliers**

Sous réserve d'un inventaire réalisé conjointement et contradictoirement par les directions des services économiques des 2 établissements ; lequel fera l'objet d'une annexe qui sera intégrée à la présente convention, l'ensemble des biens mobiliers (matériel médical, logiciels, matériels informatiques, matériels de bureau, matériel et outillage, matériels de transport, mobiliers installés dans les bâtiments seront mis à disposition du Centre Hospitalier de Givors.

#### **Article 8 - Modalités financières**

Le coût de la mise à disposition des biens immobiliers et mobiliers, ceux résultant de l'exploitation (fluides, impôts et taxes, entretien...) seront précisés dans la convention d'occupation temporaire du domaine public à titre onéreux.

### TITRE 3 DISPOSITIONS GENERALES

#### Article 9 - Responsabilité

##### 9-1 Litiges liés à l'activité d'EHPAD

En cas de réclamation pour des faits dont le fait générateur est antérieur à la date de transfert les Hospices Civils de Lyon s'engagent à en assumer les conséquences civiles, administratives et pénales.

Le Centre Hospitalier de Givors s'engage à assumer les conséquences civiles, administratives et pénales des litiges dont le fait générateur serait postérieur aux dates citées à l'alinéa précédent.

##### 9-2 Autres litiges

En cas de réclamation adressée au Centre Hospitalier de Givors pour des faits dont le fait générateur est antérieur, selon le type de litige, à la date de transfert des lits ou à la date de mise à disposition des biens immobiliers et mobiliers, les Hospices Civils de Lyon s'engagent à en assumer les conséquences civiles, administratives et pénales.

Le Centre Hospitalier de Givors s'engage à assumer les conséquences civiles, administratives et pénales des litiges dont le fait générateur serait postérieur aux dates citées à l'alinéa précédent.

##### 9-3 Obligations communes

Chacune des parties s'engage à assurer, sous la forme adaptée, la communication à l'autre partie ou au tiers désigné par elle, de tous les documents dont elle disposerait et qui seraient nécessaires à la réponse ou à la défense de la partie concernée.

#### Article 10 - Entrée en vigueur de la convention

La présente convention entre en vigueur à la date de signature par les 2 établissements

#### Article 11 - Modifications de la convention

La présente convention cadre peut être modifiée par accord des deux établissements et faire l'objet d'avenants signés dans les mêmes conditions que la convention initiale. Par dérogation, l'annexe citée à l'article 7 devra être datée et signée par le Directeur des Affaires Economiques et Logistiques des Hospices Civils de Lyon et le Directeur des Services Economiques du Centre Hospitalier de Givors. Elle deviendra automatiquement partie intégrante de la présente convention.

#### Article 12 - Règlement des litiges entre les parties

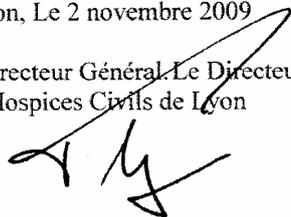
En cas de différend survenant à l'occasion de son exécution, les 2 établissements privilégient un accord amiable. L'arbitrage de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pourra être sollicité.

En cas de désaccord persistant le litige sera porté devant les juridictions compétentes de Lyon

Fait en 4 exemplaires

A Lyon, Le 2 novembre 2009

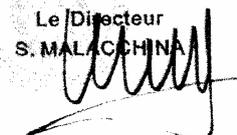
Le Directeur Général Le Directeur  
Des Hospices Civils de Lyon



P. CASTEL

du Centre Hospitalier de Givors  
Centre Hospitalier de GIVORS

Le Directeur  
S. MALACCHINA



4

## ANNEXE N°5

### Arrêté conjoint de transfert de l'autorisation d'exploitation de l'EHPAD Bertholon-Mourier



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES  
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU RHONE

RHÔNE

LE DÉPARTEMENT

CONSEIL GÉNÉRAL DU RHONE

POLE PERSONNES AGÉES - PERSONNES HANDICAPÉES

LE PREFET DE LA REGION RHONE-ALPES  
PREFET DU RHONE  
CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL  
SÉNATEUR DU RHÔNE

ARRETE PREFECTORAL N° 2009-6113

ARRETE DEPARTEMENTAL N° 2009-0003

**Objet** : Arrêté de transfert de l'autorisation détenue par Les Hospices Civils de Lyon au profit du centre hospitalier Montgelas pour la gestion d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD « Fondation Bertholon Mourier » à Givors ;

**Vu** le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L 312-5.1 relatif au Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, les articles L 313-1 à L 313-9 relatifs aux autorisations, les articles R 313-1 à R 313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les articles D 313-11 à D 313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements ;

**Vu** le code de l'action sociale et des familles, articles R 312-180 à R 312-192 relatifs aux comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale ;

**Vu** le Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de la région Rhône-Alpes ;

**Vu** le code de l'action sociale et des familles, articles R 314-158 à R 314-161 relatif aux principes généraux de la tarification ;

**Vu** le code de l'action sociale et des familles, articles R 314-162 à R 314-166 relatif à la structure tarifaire des établissements ;

**Vu** le code de l'action sociale et des familles, articles R 314-180 à R 314-184 relatifs aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance au titre de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ;

**Vu** la délibération n°2000-390 de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes du 6 décembre 2000 portant renouvellement d'autorisation de 766 lits de soins de longue durée pour l'unité de soins de longue durée des Hospices Civils de Lyon ;

**Vu** l'arrêté conjoint du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du Préfet du Rhône N° 08-RA-681 et 2008-4376 du 24 octobre 2008 fixant la répartition des capacités et des ressources d'assurance maladie de l'unité de soins de longue durée des Hospices Civils de Lyon entre le secteur sanitaire et médico-social ;

**Vu** l'arrêté rectificatif conjoint du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du Préfet du Rhône N° 09-RA-435 et 2009-363 du 24 avril 2009 portant création de l'EHPAD des Hospices Civils de Lyon au 1er janvier 2009 ;

**Vu** la délibération du conseil d'administration des Hospices Civils de Lyon n°08/52 du 11 juillet 2008 portant nouvelle répartition entre l'USLD et l'EHPAD ;

**Vu** la délibération du conseil d'administration des Hospices Civils de Lyon n°09/45 du 29 juin 2009 portant approbation du projet d'établissement 2009-2013 ;

**Vu** la délibération du conseil d'administration du Centre hospitalier de Montgelas n°2009/06 bis du 26 juin 2009 portant approbation du transfert à son profit de la gestion de la Fondation Berthelon-Mourier à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010;

**Vu** la délibération du conseil d'administration des Hospices Civils de Lyon n°09/69 du 23 octobre 2009 portant approbation du transfert de gestion de la Fondation Berthelon-Mourier vers le Centre Hospitalier de Montgelas à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010;

**Vu** la convention de transfert de gestion de la Fondation Berthelon Mourier conclue entre les Hospices Civils de Lyon et le Centre hospitalier de Montgelas le 02 novembre 2009 ;

**Considérant** que tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente selon l'article L 313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente concernée ;

**Sur proposition** du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et du directeur général des services départementaux ;

## ARRETEMENT

**Article 1<sup>er</sup>** : L'autorisation visée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles précédemment délivrée aux Hospices Civils de Lyon (3 quai des Célestins - 69002 LYON – N° FINESS : 69 078 181 0) pour la gestion d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD « Fondation Berthelon-Mourier » (Le Bouchage – 69700 GIVORS - N° FINESS : 69 078 748 6), d'une capacité globale de 112 lits, est cédée au centre Hospitalier Montgelas (9 avenue du Professeur Flemming - 69700 GIVORS - N° FINESS : 69 078 003 6) ;

**Article 2** : La capacité globale de l'établissement reste à 112 lits, dont la totalité est habilitée à l'aide sociale ;

**Article 3** : La structure est répertoriée dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique :	Centre Hospitalier Montgelas
N° FINESS de l'entité juridique :	69 078 003 6
Code statut :	13 (Etablissement public communal d'hospitalisation)
Etablissement :	EHPAD Centre Hospitalier Montgelas
N° FINESS de l'établissement :	69 080 002 4
Code catégorie :	200 (Maison de retraite)
Code discipline :	924 (Accueil en maison de retraite)
Code fonctionnement :	11 (hébergement complet internat)
Code clientèle :	711 (personnes âgées dépendantes)
Capacité autorisée transférée :	112 lits
Capacité financée :	112 lits

**Article 4** : La capacité globale de l'établissement EHPAD Centre Hospitalier de Montgelas – N°FINESS 69 080 002 4 - est de 188 lits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 :

Capacité autorisée :	188 lits
Capacité financée :	188 lits

**Article 5** : La capacité globale de l'établissement EHPAD Hospices Civils de Lyon – N°FINESS 69 003 189 3 – est de 319 lits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 :

Capacité autorisée : 319 lits  
Capacité financée : 319 lits

**Article 6** : En cas de contestation de la présente décision, un recours contentieux peut être introduit devant le tribunal administratif de Lyon - 184, rue Duguesclin - 69433 Lyon Cedex 3 - dans un délai de deux mois à compter de la date de notification du présent arrêté ;

**Article 7** : Le secrétaire général de la préfecture du Rhône, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et le directeur général des services du département sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

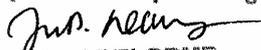
Fait à Lyon, le 18 décembre 2009  
en deux exemplaires originaux

LE PREFET,  
Pour le Préfet,  
Le Secrétaire Général,

René BIDAL

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,

Pour le président et par délégation

  
Jean-Paul DELORME  
vice-président chargé des personnes âgées

**Tableau de synthèse de répartition des charges à facturer à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.** Document de travail HCL (décembre 2009)

La gestion des 112 lits de la fondation Bertholon-Mourier (FBM) est transférée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, au CH de Givors. Ce dernier construit de nouveaux bâtiments d'hospitalisation et transférera les lits de FBM lors de l'ouverture des locaux prévue début 2013. Durant cette période, les HCL factureront un certain nombre de prestations dans le cadre de la mise à disposition des personnels et des équipements des HCL jusqu'à cette date. Le tableau suivant, qui reste à mettre à jour, détaille les conditions financières et précise les rôles des différents secteurs budgétaires émetteurs de mandats et de titres de recettes.

	<b>Secteur mandataire</b>	<b>Commentaires</b>
Location terrain	Service des Domaines	
Loyer logements	Domaine ou GHG ?	
Titre 1 : PNM	DPAS ou BP ?	Titre mensuel ou bimensuel ? Personnel en MAD à recenser au 1 <sup>er</sup> janvier 2010.
Titre 2	GHG	Délivrance pharmaceutique assurée par HCL jusqu'au 11/01/2010, puis approvisionnement assuré par le CH de Givors. Contrats gaz médicaux pour les HCL jusqu'au 28 février 2010.
Titre 3 : Prestations reprises par le CH de Givors. Fluides et gaz médicaux, téléphone, maintenance bâtiments, collecte déchets, dératisation, pédicurie	Services des Domaines, DT Maintenance ou GHG ?	Fin des contrats au 31/12/2009. Refacturation de Givors pour les bâtiments restant propriété des HCL.
Titre 3 : Maintenance matériel médical	DAT ou GHG ?	En attente de communication de la DAT
Titre 3 : Maintenance matériel bureautique	DAEL ou Services financiers du GHG ?	En attente de communication de la DAT
Titre 3 : Maintenance matériel informatique	CH Givors, DSI ou GHG ?	Non évoqué en réunion. Mail envoyé par Mme MONTALBETTI à M. MALACCHINA.
Titre 3 : Blanchisserie	Services Généraux ou GHG ?	
Titre 3 : Hospimag (plate-forme logistique HCL)	DAEL ou GHG ?	Réglé par le GCS constitué avec Givors.
Titre 3 : Facturation au CH de Givors des prestations HCL. Vitrerie et photocopieurs jusqu'au 1 <sup>er</sup> juin 2010 Biologie	DT biologie ou GHG ?	Qui facture ? A quel rythme ?
Prestations à charge des HCL		Assurance pour le bâti, les véhicules et matériels mis à disposition. Entretien des espaces verts, bâtiments et logements hors champ hospitalier et restant propriété HCL.
En attente d'arbitrage		Espaces verts et arbres pour la partie reprise par le CH de Givors

**Projections budgétaires relatives à l'intégration de l'EHPAD Bertholon-Mourier.  
(Document CH Givors, Direction des Affaires Financières)**

**ELABORATION D'UN BUDGET au 01 Janvier 2010**

Dans le cadre d'un transfert d'activité au 01 Janvier 2010, un Compte de résultat Prévisionnel est présenté avec la prise en compte des données suivantes :

**1 / Les recettes**

**A) La dotation de soins**

La dotation de soins sera diminuée au 01 Janvier 2010, elle passera ainsi de 2 978 289,31 € (données HCL) à environ 2 460 000 € (données ARH), calculée en fonction des règles de calcul de la Dotation Minimale de Convergence soit :

GMPS \* Capacité lits \* 12,40

Pour la fondation Bertholon Mourier les points GMPS sont de :

GMPS = GMP+ (PMP\*2,59)

GMPS = 848,19 + (364\*2,59)

GMPS = 1790,95.

La dotation soins théorique sera donc de :

$1790,95 * 112 * 12,40 = 2\,487\,271,36 \text{ €}$ .

Cette dotation est ramenée à 2 460 000 € par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. En effet le Pathos Moyen Pondéré d'un EHPAD est théoriquement situé entre 150 et 225 points avec un pourcentage des patients relevant des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) situé entre 0 et 20 %. Les données 2008 de la Fondation Bertholon Mourier montre un pourcentage des patients SMTI de 41 %. Ce sureffectif devra être ramené d'ici l'horizon 2012 à mois de 20 % entraînant une baisse de la dotation de soins.

**B) Les recettes d'hébergement**

Les données concernant le tarif d'hébergement seront estimées sur la base des données HCL 2008. Toutefois les recettes 2010 devraient être différentes du fait du changement de la filière de recrutement qui génèrera une baisse des journées d'hébergement.

**C) Les recettes de dépendance**

Les données concernant le tarif de dépendance seront estimées sur la base des données 2008 des HCL. Au même titre que l'hébergement on devrait constater en 2010 une baisse des journées produites. Ce qui occasionnera une insuffisance des recettes non estimables à ce jour.

PRODUITS FBM	PROJECTIONS 2010
Titre 1 - Produits afférents aux soins	2 460 000
Titre 2 - Produits afférents à la dépendance	2 239 638
Titre 3 - Produits de l'hébergement	912 601
Titre 4 - Autres produits	
<b>Total</b>	<b>5 612 239</b>

## 2 / Les dépenses

### A) Les dépenses de personnel (Titre 1)

- Les dépenses de personnels non médicaux

A l'aide des documents fournis par les HCL, et des effectifs 2008, le montant total des dépenses de personnels se décompose de la manière suivante :

- Personnel Permanent : 3 758 276 €, soit 90,65 ETP rémunérées + 2 congés parentaux ;
- Personnel de Remplacement : 516 777 €, soit 15,60 ETP rémunérées ;
- Intérim : 9 329 € et Pool P.GARRAUD : 42 000 € soit 1,5 ETP rémunérées ;

soit un total de total de dépenses de personnels non médicaux de 4 326 382 €.

Aux charges de personnels permanents, remplacements, intérim, et pool de P.GARRAUD sont appliquées un Glissement Vieillesse Technicité de 1,5 %

Après application du GVT, les dépenses de personnel s'élèvent à 4 391 278 €.

TITRE 1 :Charges de personnels	Budget 2009	GVT	Estimation 2010
Personnels Permanents :	3 758 276	1,50%	3 814 650
Personnels de Remplacements :	516 777	1,50%	524 529
Intérim :	9 329	1,50%	9 469
Pool P.GARRAUD :	42 000	1,50%	42 630
<b>Personnels Non Médicaux</b>	<b>4 326 382</b>		<b>4 391 278</b>

- Les dépenses de personnel médical

1,2 ETP de praticiens hospitaliers temps partiel, 0,3 praticien attaché soit une dépense estimée à 128 512 €.

- Total des charges de personnel

TITRE 1 :Charges de personnels	Budget 2009	GVT	Estimation 2010
Personnel Permanent :	3 758 276	1,50%	3 814 650
Personnel de Remplacement :	516 777	1,50%	524 529
Intérim :	9 329	1,50%	9 469
Pool P.GARRAUD :	42 000	1,50%	42 630
<b>Personnels Non Médicaux</b>	<b>4 326 382</b>		<b>4 391 278</b>
Praticiens temps partiels, praticiens attachés	128 512		128 512
<b>Personnels Médicaux</b>	<b>128 512</b>		<b>128 512</b>
<b>TOTAL TITRE 1 : Charges de personnels</b>	<b>4 454 894</b>		<b>4 519 790</b>

### **B) Les Charges à caractère médical (Titre 2).**

Le montant du budget des charges à caractère médical a été inscrit tel que figurant au compte de résultat prévisionnel 2009 présenté par les HCL. Le montant de ce budget est de **268 376 €**.

Ce montant de budget prévisionnel tient compte du niveau de pathos moyen. En effet, la majorité (98,5 %) des charges à caractère médical étant associée aux soins, elles devront au même titre que la dotation de soins, être abaissées de 20 % d'ici l'horizon 2012.

### **C) Charges à caractère hôtelier et général (Titre 3)**

Le montant du budget des charges à caractère hôtelier et général a été inscrit tel que figurant au compte de résultat prévisionnel 2009 présenté par les HCL. Le montant de ce budget est de **1 130 419 €**.

**Le montant de budget prévisionnel ne tient pas compte, des dépenses effectuées par les services support des HCL, tels que la fonction transversale de la maintenance, la direction des transports et autres dépenses d'ingénierie...**

**De plus, la mise à niveau des autocommutateurs - qui ont 23 ans - (investissements) entrainera des dépenses nouvelles (accès réseaux, maintenance) non intégrées dans le budget.**

**Le budget ne tient pas compte du budget location du bâtiment.**

### **D) Charges d'amortissements de provisions, financières et exceptionnelles (Titre 4)**

Le montant du budget des charges a été inscrit tel que figurant au compte de résultat prévisionnel 2009 présenté par les HCL. Le montant de ce budget est de **233 734 €**.

**Ce budget tient compte des amortissements 188 588 € et de 45 186 € d'annulation des titres d'exercices antérieurs.**

**Le mode de gestion et de transfert d'activité implique que les dépenses d'amortissement devraient rester à la charge des HCL.**

<b>CHARGES FBM</b>	<b>PROJECTIONS 2010</b>
<i>PNM</i>	4 391 278
<i>PM</i>	128 512
Titre 1 - Charges de personnel	<b>4 519 790</b>
Titre 2 - Charges à caractère médical	<b>268 376</b>
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	<b>1 130 419</b>
Titre 4 - Charges d'amortissement, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	<b>233 734</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>6 152 319</b>

### 3 / La sur-dotation

La différence entre les charges et les recettes fait apparaître une sur-dotation de :

Fondation Bertholon Mourier	Estimation 2010
CHARGES	6 152 319
RECETTES	5 612 239
<b>SUR DOTATION</b>	<b>540 080</b>

La sur-dotation 2010 est estimée à 540 080 €, elle représente en effectif une sur-dotation de :

Fondation Bertholon Mourier	Estimation 2010
SUR DOTATION	540 080
Coût Moyen HCL Fondation Bertholon Mourier	41 459
<b>SUR DOTATION</b>	<b>13,00</b>

Ce calcul ne tient pas compte du coût de la location (non estimée), des surcoûts des services supports (entre 2 et 4 ETP = 80 K€ à 160 K€), mais tient compte des amortissements (188 K€).

## ANNEXE N°8

### Exemple de grille utilisée pour conduire les entretiens semi-directifs

Entretien avec Monsieur .....

Nom de l'institution

Service/Fonctions

Date de l'entretien

#### **La naissance du projet :**

1 - Le projet a-t-il été encouragé par l'ancienne DDASS ?

2 - Quelle est la vision de ce transfert de gestion pour la tutelle (par rapport à d'autres opérations passées ou en cours) ?

2 bis – Quelles furent les atouts et les contraintes identifiés ?

3 - Quelle est l'influence de la partition dans la cession de lits d'EHPAD ?

Quel élément influença le plus le transfert : la partition ou la convergence des dotations de soins ?

#### **Le transfert de gestion :**

4 - Quel rôle avez-vous joué pendant ce transfert ?

5 – Existaient-ils certaines conditions préalables à cette réalisation ?

6 – *Voyez-vous une différence de culture entre les 2 secteurs ? (question transversale)*

#### **Les perspectives :**

7 - Existents-ils des objectifs nationaux pour accompagner (encourager ?) ce type d'opérations ?

8 – Quel regard de la tutelle sur le transfert ? (A posteriori) ?