

**Directeur d'établissement sanitaire,
social, médico-social**

Promotion : **2017 2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

La Fusion et la recherche d'organisations efficaces en ressources humaines

L'exemple du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne

Lucie HERVE

Remerciements

Je voudrai remercier particulièrement tout d'abord, mon maître de stage, Mme CONSTANCY Erika, directrice adjointe au Centre Hospitalier des Marches de Bretagne. J'ai pu vivre à ses côtés, ma première expérience en tant que future directrice. Grâce à son regard avisé et sa grande expérience professionnelle, elle m'a accompagné tout au long de mon stage, en m'accordant toute sa confiance et en me laissant une large part d'autonomie.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe de direction qui m'a fait partager leurs expériences et qui m'a aidé dans la réalisation de mes missions. A Madame Xénia ORHAN, directrice adjointe pour sa grande technicité et sa disponibilité. A Madame Michèle UBERTINI, directrice adjointe pour son accompagnement dans la gestion de projet et sa gentillesse. A Madame Sabine CAGNON, directrice adjointe pour son dynamisme et sa réactivité. A Madame Sandrine DAVIAU, cadre supérieure socio-éducative, pour son partage d'expériences dans le secteur du handicap.

Par ailleurs, je tiens à remercier les différents directeurs du Centre Hospitalier de Fougères qui ont assuré l'intérim de direction du CHMB pendant mon stage de professionnalisation, à Mme Laurence JAY-PASSOT, à M Thibault JURVILLIER et à M David CHAMBON. Je n'oublie pas aussi l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier qui m'a très bien accueilli et m'a fait partager leurs pratiques professionnelles.

Je pense entre autres, à l'ensemble des professionnels rencontrés lors de mes entretiens de ce mémoire, une pensée à M Pascal ROYER, président du CLIC MAIA de Haute Bretagne, à Mme GARNIER, directrice adjointe du Centre Hospitalier du Penthièvre et du Poudouvre, à M Jean René LEDOYEN, directeur des soins par honoraire, à Mme Josiane BETTLER, ancienne directrice générale du CHMB, à Mme Anne Marie LORHO, directrice adjointe des coopérations et professions de santé en établissements de L'ARS Bretagne ainsi que M Olivier PAUGAM, responsable du pôle performance et contrôle de gestion de l'ARS Bretagne.

Enfin, je remercie en dernier lieu, Madame Nicole BOHIC, Monsieur Jean Marc LE ROUX et Monsieur Carl ALLEMAND pour leurs conseils avisés.

"Finalement manager, c'est comme danser le tango, il faut être flexible sans être mou et ferme sans être rigide." Jan-Guy SANZ

Sommaire

Introduction.....1

I. LA CREATION RECENTE D'UN GROUPE SANITAIRE, SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE.....5

A) Les constats du secteur sanitaire, social et médico-social.....5

1) Un contexte historique avec un vaste mouvement de restructurations sanitaires, sociales et médico-sociales.....5

2) La recherche d'efficience médico-économique.....7

B) Les particularités du secteur public sanitaire, social et médico-social

1) Les responsabilités et les rôles entre l'ARS et les directeurs d'établissements.....10

2) Les spécificités de gouvernance et de l'organisation.....11

3) La singularité des fusions des EPS et des ESMS.....12

4) Avec la multiplication des contraintes financières, les regroupements publics ne sont pas forcément la meilleure solution.....13

C) La fusion, un long chemin de construction et de légitimité.....14

- 1) Les raisons de fusionner.....14
- 2) Les modalités du regroupement.....15
- 3) Les nouveaux enjeux et les obstacles à relever.....17

II. NECESSITE D'ACCOMPAGNER LA TRANSITION DU NOUVEAU GROUPE, GENERATEUR DE CHANGEMENTS.....20

A.) Prendre en compte l'épreuve d'une fusion.....20

- 1) Réorganiser le redéploiement des fonctions administratives, logistiques et techniques en amont de la fusion, tout un art en management.....21
- 2) Une refonte des équilibres avec un changement de valeurs.....22

B) Améliorer le pilotage et la maîtrise de la masse salariale.....24

- 1) Mesurer les variations de la masse salariale.....24
- 2) Développer le contrôle de gestion sociale.....26

C) Stabiliser le pilotage pour apporter de la cohérence et de l'équité dans les organisations RH.....27

1) Obtenir une gestion du temps de travail et une répartition de la charge de travail identiques au sein du groupe.....27

2) Travailler les maquettes organisationnelles en fonction de la charge en soins.....28

3) Intégrer les variables de l'absentéisme et du recrutement dans la définition des organisations RH.....32

D) Trouver le bon équilibre sans détériorer la qualité de vie du personnel.....33

III) IDENTIFIER ET UTILISER LES LEVIERS RELATIFS A LA CONDUITE DU CHANGEMENT DE LA FUSION.....35

A) Construire un nouveau projet stratégique de l'établissement, pour offrir plus de visibilité dans l'optimisation des organisations.....35

1) Construire un projet médical de groupe autour des parcours.....36

2) Décloisonner et travailler ensemble.....37

B) Accompagner pour réussir les réorganisations nécessaires.....39

- 1) Développer une politique de remplacement efficace.....39
- 2) Communiquer, accompagner et permettre un management à la confiance...43
- 3) Utiliser des nouveaux outils RH.....45

C) A travers l'exemple de la création d'une blanchisserie inter-sites, la fusion représente un atout en terme de réorganisations efficaces des RH.....46

- 1) Définir le projet de restructuration de la blanchisserie.....47
- 2) Développer un savoir-faire pour bien restructurer.....48
- 3) La communication, toujours un leitmotiv dans la réorganisation.....50

Conclusion.....51

Sources et bibliographie.....53

Liste des annexes.....62

Liste des sigles utilisés

AMP	assistant médico psychologique
ARS	agence régionale de santé
AS	aide-soignant
ASH	agent des services hospitaliers
CAE	contrat d'accompagnement à l'emploi
CAF	capacité d'autofinancement
CD	conseil départemental
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CH	centre hospitalier
CHBS	centre hospitalier Bretagne sud
CHF	centre hospitalier de Fougères
CHGR	centre hospitalier Guillaume Regnier
CHMB	centre hospitalier des marches de Bretagne
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNR	crédit non reconductible
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	catégorie socio-professionnelle
CTE	comité technique d'établissement
DG	directeur général

DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	dossier médical partagé
DRH	directeur des ressources humaines
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	établissement public de santé
ESMS	établissement et services médico-sociaux
ESMS PH	établissement et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
FV	foyer de vie
GHT	groupement hospitalier de territoire
GIR	groupe iso-ressources
GMP	Gir moyen pondéré
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GVT	glissement vieillesse technicité
HAD	hospitalisation à domicile
HPR	dotation des hôpitaux de proximité
HPST	hôpital patient santé territoire
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IGAS	inspection générale des affaires sociales
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PM	personnel médical
PMP	projet médical partagé
PNM	personnel non médical

PPCR	parcours professionnels, carrières et rémunérations
PTA	plateforme territoriale d'appui
PUG	unité post urgence gériatrique
PUI	pharmacie à usage interne
RH	ressources humaines
RTT	réduction du temps de travail
SMIC	salaire minimum interprofessionnel de croissance
SRS	schéma régional de santé
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité

Introduction

En économie, et plus particulièrement dans le modèle néo-classique, l'« homo œconomicus¹ » a pour objectif de maximiser sa satisfaction en utilisant efficacement les ressources dont il dispose. Cet agent économique et rationnel agit dans un marché efficient² et totalement libre. Il va chercher à maximiser son utilité en améliorant la performance de ses résultats. Notre économie de marché part du postulat que la concurrence favorise l'efficacité économique en la transférant aux consommateurs. L'efficacité économique fait partie intégrante par conséquent, de la notion de performance. Elle établit plus précisément un rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées. « C'est l'optimisation de la consommation des ressources utilisées dans la production d'un résultat³ ». Autrement dit, elle vise à optimiser des méthodes de production des résultats en essayant de diminuer au maximum le niveau de ressources. Plusieurs laboratoires illustrant cette recherche d'efficacité économique existent ; les fusions acquisitions en sont un des exemples.

Les opérations de fusions acquisitions ne représentent pas actuellement, dans notre système économique, un simple phénomène de mode. Ces regroupements cherchent à répondre à des réponses rationnelles, en vue d'optimiser un processus de production et une utilisation des ressources données. Ils permettent de créer des effets de structures de gouvernance mais aussi d'expérimenter de nouveaux phénomènes d'apprentissage organisationnel. Pour observer une amélioration de la productivité de ces fusions acquisitions, il faut un certain temps. Les gains de synergies ne sont pas en réalité immédiats et restent encore à démontrer.

Depuis la mise en place de la révision générale des politiques publiques, puis de la modernisation de l'action publique en 2012, les politiques publiques ont cherché à réorganiser le fonctionnement des administrations publiques, de manière plus efficiente. Deux auteurs comme Osborne et Gaebler⁴ proposent d'appliquer les règles managériales du secteur privé aux administrations publiques. Ils préconisent de se focaliser sur le contrôle de coûts, l'autonomie des unités organisationnelles ainsi que la transparence

¹ John Stuart Mill est le premier auteur à introduire la notion Homo œconomicus

² F FAMA EUGENE, 1970, « *Efficient Capital Markets : a Review of Theory and Empirical Works* », The Journal of Finance, Papers and Proceedings of the Twenty-Eighth Annual Meeting of the American Finance Association New York, N.Y. vol. 25, No. 2, p 384.

³ PIGE BENOIT 2008, entre autres, *Management et contrôle de gestion*, Nathan, p. 9.

⁴ OSBORNE DAVID, GAEBLER TED A, 1992« Reinventing Government, How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector» Massachusetts. Plume, Ed Longman, p7

financière. Avec la mise en place du « new public management », les organisations publiques cherchent à généraliser cette pratique d'efficacité économique, devenue désormais légitime. Aujourd'hui, les organisations publiques doivent constamment se justifier et démontrer leur efficacité et leur modernité.

Dans le secteur public sanitaire et médico-sociale, les dirigeants s'efforcent donc de trouver des formes organisationnelles légitimes, innovantes et efficaces. En adaptant leur stratégie à un environnement mouvant, à travers une optimisation des coûts, les fusions d'établissements sanitaires et médico-sociaux doivent avant tout, apporter la meilleure réponse en termes de parcours et de besoins de santé pour leurs territoires. Elles offrent en théorie, plus de productivité, et de rationalité car elles conduisent des changements organisationnels nécessaires. Par conséquent, les fusions-absorptions d'établissements sanitaires et médico-sociaux incarnent la mise en place d'un long processus de modifications fonctionnelles et institutionnelles, où se dessine une vision de l'efficacité médico-économique. Cette approche d'efficacité est très présente dans le pilotage et la gestion des ressources humaines, puisque la masse salariale représente 70% des dépenses d'un établissement. En effet, cette recherche constante d'efficacité organisationnelle dans les ressources humaines a pour objectif de relier les investissements humains et financiers à la réalisation effective de projets RH pertinents. Lors de ces changements organisationnels, la recherche d'efficacité médico-économique doit s'articuler autour de la sauvegarde de l'emploi public. Cet équilibre reste un des enjeux de l'action publique⁵.

Mon stage de professionnalisation a été mon lieu d'investigation pour ce mémoire. Il m'a permis de comprendre comment un regroupement d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pouvait favoriser la mise en place d'organisations encore plus efficaces, et notamment au niveau de la gestion des ressources humaines.

C'est pourquoi, j'ai choisi d'aborder ce mémoire avec comme angle d'analyse, les aspects organisationnels de la gestion des ressources humaines, après une fusion.

⁵ DE BODT ERIC, COUSIN JEAU GABRIEL, IMAD EDDINE GAEL, 2013, « *Fusions-acquisitions et efficacité allocationnelle* », Revue d'économie financière, (N° 110), Ed association d'économie financière, p 15-43

Après un travail d'investigation, de réflexions et d'échanges, j'ai réfléchi à la problématique suivante :

Comment une fusion d'établissements, permet-elle de réorganiser de manière efficiente les sites et les services, notamment à travers sa gestion et son pilotage en ressources humaines ?

Afin d'étudier cette problématique, plusieurs hypothèses peuvent être analysées :

- Le nouveau groupe doit trouver un positionnement adapté en termes de pilotage interne. Pour consolider et développer les organisations RH, il est nécessaire d'offrir une stabilité dans la gouvernance pour répondre aux futurs enjeux et fixer des objectifs réalisables et partagés par les équipes.
- En analysant l'existant des organisations de cette fusion, plusieurs actions sont réalisables en termes d'organisation des RH. Cependant, ces possibilités sont à concilier avec la préservation d'un dialogue social de qualité et une qualité de vie au travail satisfaisante.
- La fusion permet aux organisations de se spécialiser. A travers une rationalisation des organisations internes, elle offre un meilleur accompagnement en renforçant le développement des compétences de l'ensemble des agents. Elle suggère grâce à la mutualisation de moyens, plus de possibilité en termes de carrière, de formation et de mobilité.

Pour vérifier ou pas ces hypothèses, cela suppose d'étudier les aspects de la création de cette fusion (I). Puis, il est indispensable d'analyser les possibilités de mises en œuvre permettant de renforcer cette organisation post fusion en créant plus d'efficience (II) et en dernier point, d'aborder les solutions à mettre en place afin d'atteindre cet optimum organisationnel (III).

Méthodologie de travail retenue :

Pour analyser et mieux comprendre ma problématique, j'ai choisi la méthodologie de travail suivante :

Tout d'abord, j'ai mené un travail de recherche documentaire autour des notions d'efficacité, de fusion, de conduite du changement et du management des ressources humaines.

Des travaux de parangonnage auprès des établissements du centre hospitalier de Penthievre et du Poudouvre et du groupe hospitalier Bretagne Sud ont été ensuite réalisés. En effet, il m'a semblé intéressant d'analyser la vision d'autres établissements ayant fusionnés récemment. J'ai conduit des entretiens semi directifs afin d'obtenir des données qualitatives riches de sens et en volume sur les thèmes de l'efficacité et des organisations. Ces résultats me permettent de mettre en relief ceux qui sont actuellement mis en place au CHMB.

Dans le cadre de mon stage de professionnalisation et de mes missions, mon intégration au sein de l'équipe de direction m'a permis de réaliser une observation directe et précise des mesures recherchées afin d'obtenir une optimisation adaptée des organisations.

Avec Mme CAGNON, directrice des ressources humaines et M LEDOYEN, directeur des soins par honoraire, j'ai participé à la réalisation d'une analyse sur les causes de l'évolution de la masse salariale en lien avec la construction de maquettes organisationnelles du CHMB.

Pour approfondir cette recherche d'efficacité, j'ai également collaboré à la réalisation d'un audit organisationnel de l'ensemble des services de blanchisserie du CHMB avec une société spécialisée dans ce domaine, Cofitex.

En outre, afin d'élargir la question, j'ai croisé plusieurs regards. J'ai rencontré dans un premier temps, des professionnels de l'ARS Bretagne dans le cadre d'un dialogue de gestion et également à la direction des coopérations territoriales et de la performance. Puis, afin de mieux cerner les spécificités de cette fusion et de son organisation, et d'obtenir une vision plus large, il m'a semblé nécessaire de rencontrer un représentant des usagers, M ROYER, président du Clic Maia Haute Bretagne, plusieurs agents de différents services des fonctions supports qui ont connu une réorganisation au CHMB, l'ensemble des directeurs adjoints, ainsi que l'ancienne directrice générale du CHMB, Mme BETTLER.

I) LA CREATION RECENTE D'UN GROUPE SANITAIRE, SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

Depuis une quinzaine d'années, on constate des rapprochements d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont tendance à s'intensifier, sous l'impulsion des politiques publiques.

A.) Les constats du secteur sanitaire, social et médico-social

Ce mouvement de regroupements des structures s'explique à travers l'histoire et par la recherche d'efficacité médico-économique.

1) Le contexte historique avec un vaste mouvement de restructurations sanitaires, sociales et médico-sociales

A partir du début des années 1990, sous l'impulsion des politiques publiques, un vaste mouvement de restructuration de l'offre sanitaire et médico-sociale, s'est engagé par l'intermédiaire des fusions.

Il s'inscrit comme une des modalités possibles de la recombinaison de l'offre sanitaire et médico-sociale. Pour exemple, plusieurs opérations « vitrines » ont fait l'objet de nombreux articles dans la presse spécialisée⁶. Valorisées régulièrement par des enveloppes financières spécifiques, de la part des autorités de tarifications, ces restructurations mettent en place un accompagnement un peu particulier.

La création de ce type de réaménagement de l'offre a souvent pour origine le déficit de la démographie médicale sur un territoire donné. Néanmoins, force est de constater que les régions les plus sous-dotées en médecins ne sont pas forcément celles où il y a eu le plus de redéploiement.

⁶ Exemple : PASCAL FORCIOLI, Directeur de l'hôpital Simone-Veil, Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency (95) « *Quand l'hôpital s'organise, Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux* », Gestion hospitalière 2003, p 468-472

Les fusions s'inscrivent en outre, dans un processus continu qui permet de s'adapter à un environnement de plus en plus mouvant et contraint. Contrairement au secteur privé où les fusions sont d'ordre offensives, les fusions dans le secteur public, et plus particulièrement dans le secteur sanitaire et médico-social sont constituées pour défendre et préserver une offre de soins et d'accompagnement autour de territoires. Dans la majorité des cas, les fusions ne sont constituées que deux établissements. Ce sont en général, des centres hospitaliers. « Seulement une fusion sur dix implique plus de deux établissements. Près de 80% des établissements fusionnés détiennent plus de 200 lits et places⁷ ». Cette progression des fusions est répartie très inégalement sur le territoire métropolitain. Ces trois dernières années, en Bretagne, trois grosses fusions ont été créées. A titre d'exemple, au 1^{er} janvier 2017, le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne a absorbé deux Ehpad et un foyer de vie. Il projette l'année prochaine, une nouvelle fusion avec l'Ehpad et le foyer de vie de Bazouges la Pérouse.

Par conséquent, « 86 % des fusions concernent exclusivement des établissements publics de santé et sont assimilées à des fusions intra sanitaires »⁸. Toutefois, les fusions impliquant à la fois des établissements publics de santé et des structures médico-sociales, dites des « fusions intersectorielles », tendent à se développer davantage, depuis ces cinq dernières années. Désormais, il existe une plus forte augmentation des fusions intersectorielles, au détriment des fusions intra sanitaires.

Parmi ces fusions intersectorielles, les hôpitaux de proximité se regroupent fréquemment avec des établissements médico-sociaux. Ces ex-hôpitaux locaux ont pour particularité de représenter la proportion la plus faible d'établissements en déficit. Bénéficiant souvent d'un financement particulier par le biais de la dotation de financement HPR plus avantageux que la T2A, ces restructurations semblent à première vue, plus faciles à mettre en œuvre.

Par ailleurs, l'ensemble des statistiques démontrent que « la proportion des fusions aux structures inégalitaires, a tendance à augmenter, au-delà d'une certaine taille »⁹. En effet, à partir de plus de 700 lits et places, les fusions présentent des dimensionnements inégalitaires. Dans la plupart des cas, « ces opérations correspondent à un gros qui

⁷ IGAS, LALANDE FRANCOISE, SCOTTON CLAIRE, BOCQUET PIERRE YVES, BONNET JEAN YVES, Juillet 2012, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* » IGAS,273p

⁸ ibid

⁹ ibid

absorbe un ou des « petit(s) »¹⁰. Dans ce contexte, la fusion absorption apparaît plus adaptée à la fusion création.

De plus, l'augmentation de la taille de ces structures sanitaires et médico-sociales, par le biais de fusions, peut apparaître aux acteurs locaux, comme le moyen le plus adapté pour améliorer leur efficacité organisationnelle, leur ancrage territorial ainsi que leur attractivité vis-à-vis des professionnels, des patients et des résidents.

En définitive, si le lien entre la qualité des soins et de l'accompagnement avec la taille d'un établissement existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique et simple. Il est spécifique et varie dans le temps.

2) La recherche d'efficacité médico-économique

La relation entre la taille des établissements sanitaires et médico-sociaux et leur efficacité médico-économique est en réalité une question qui a fait l'objet de nombreuses études, où l'on s'interroge encore sur l'existence d'une véritable « taille optimale » qui permettrait de maximiser la performance en matière de qualité des soins et d'accompagnement.

Quand on aborde la taille et l'efficacité médico-économique, on s'intéresse également aux économies d'échelle. Elles résultent « de la combinaison des moyens des entités fusionnées donnant un résultat supérieur à la somme des résultats des entités prises séparément »¹¹. En théorie, des synergies existeraient dans un environnement stratégique, de concentration et de mutualisation. En effet, l'augmentation de la taille serait susceptible d'apporter en elle-même, des avantages. Elle permettrait d'obtenir des capacités de financement plus importantes, et d'attirer plus de candidats sur des postes non pourvus.

¹⁰ LAUDE L., LOUAZEL M., 2012, « *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel* », Journal de gestion et d'économie médicales, Lyon, ed Eska, p 93-106

¹¹ DE POUVOURVILLE G, TIBI LEVY G, SPIRA R, MOISDON JC, 1997, « *Les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français* » Economie de la santé : Trajectoires du futur, Paris, INSEE Méthodes, p 244-259

Mais un des atout les plus significatifs concerne « l'effet d'apprentissage », dont les répercussions apparaissent particulièrement fortes¹². En effet, la théorie des effets d'apprentissage ou « la pratique rend parfait » implique que la qualité des soins dispensés ou de l'accompagnement s'améliore lorsque que l'on soigne plus de patients ou que l'on accompagne plus de résidents. A partir d'un niveau d'activité, l'expérience et l'expertise seraient plus approfondies et solides. Cela suggère que la relation volume-qualité résulte d'économies d'échelle internes propres à l'établissement. Ce lien entre la taille des structures et la qualité semble assez étayé. Cependant, à partir d'une certaine limite, ce rapport cesserait et varierait en fonction des spécialités et des types d'accompagnement. L'enjeu de la taille reste toujours à définir pour obtenir des effets positifs sur la productivité.

Toutefois, la Cour des Comptes a récemment mis en avant de nombreuses ambiguïtés par rapport aux économies d'échelle. Elle démontre, dans le secteur sanitaire, que l'utilisation des capacités de production est loin d'être optimale et efficiente partout. La théorie des économies d'échelle précise qu'elles ne peuvent être constatées que si les capacités de production sont utilisées à leur maximum. Une autre étude de la revue de littérature de l'université d'York, vient compléter ces éléments apportés par la Cour des Comptes¹³. Pour les établissements sanitaires, « des économies ne pourraient être réalisées que par le seul jeu d'économies d'échelle jusqu'à 250 lits ». Cette analyse précise qu'il est probable que « les très grands hôpitaux de plus de 700 lits ont un fonctionnement inefficace, qu'ils peuvent néanmoins compenser grâce à d'autres avantages »¹⁴

Si les économies d'échelle existent a priori, et qu'elles ont démontré leur pertinence pour les structures de petite taille, elles confirment l'intérêt stratégique d'adopter des regroupements pour ces petites entités. En revanche, ces effets bénéfiques peuvent s'inverser au-delà d'une certaine taille, qui reste difficile actuellement à évaluer.

De plus, une fusion de grande taille peut présenter plus d'inconvénients que d'avantages. En effet, d'après les théories économiques néo-classiques, il existe des situations où le coût marginal de production d'une unité s'accroît avec le volume de la production. On parle alors de déséconomies d'échelle. Elles se caractérisent par un nombre limité de

¹² CE. YILMAZ, S. FRIKHA, 2012, « *Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009* », Le panorama des établissements de santé 2012, Paris, Ed Dress, p 51-64

¹³ COUR DES COMPTES, 2011, « *Rapport La Sécurité sociale, chapitre Les coopérations hospitalières* », Paris, p 259-286

¹⁴ Ibid

ressources et de débouchés, un nombre d'investissements difficiles à réaliser pour être attractif, ainsi que l'apparition de nouveaux coûts liés à la grande taille. Les organisations de grande taille génèreraient des coûts qui leur sont propres comme le fonctionnement d'un siège ou des coûts supplémentaires de supervision et de contrôle. Elles exigeraient aussi plus de réponses en termes de gestion des ressources humaines, et au niveau du système d'information. Les fusions de grande taille seraient aussi menacées de risques propres à leur complexité tel que la bureaucratisation, et le manque de lisibilité dans la gouvernance. L'expérience enseigne en outre, que les processus de fusion peuvent être sources de surcoûts ou de dysfonctionnements. L'IGAS a souligné par exemple, plusieurs effets néfastes comme des temps de trajet trop longs, des bassins de vie trop différents, des difficultés financières partagées entre les différentes structures, ou encore une absence de complémentarité entre les activités des sites.

Dans ces études, l'accent porte sur le secteur sanitaire qui connaît des situations de surcapacité ou de sous activité plus fréquentes que le secteur médico-social. Pour les établissements publics de santé, les données démontrent qu'il existe encore d'importantes marges de progrès dans l'optimisation de leurs capacités de production afin de réaliser plus d'économies d'échelle. Cependant, il est intéressant de souligner que le secteur médico-social se distingue légèrement du secteur sanitaire, avec une relative stabilité en termes d'activité. On peut donc émettre l'hypothèse que si les taux d'occupation sont souvent supérieurs à 95% des places, des économies d'échelles seraient plus facilement envisageables dans ce secteur. Leur taille plus modeste viendrait aussi confirmer cette hypothèse.

Par ailleurs, au-delà du bon dimensionnement d'une fusion, son nouveau niveau d'influence dans sa zone d'implantation peut déclencher des répercussions sur son activité. Sa nouvelle image peut générer « des économies d'échelle externes qui impactent la performance de l'établissement nouvellement crée »¹⁵. En effet, sa nouvelle image de marque peut avoir des incidences positives augmentant son volume d'activité. Une structure récemment fusionnée doit ainsi être capable d'y répondre favorablement en adaptant son organisation.

Par conséquent, dans le cas d'une opération de fusion, les effets théoriques ne peuvent être obtenus qu'au prix de réorganisations entre les entités fusionnées. En effet, les économies d'échelle et de gains liés à la grande taille ne peuvent être obtenus que si les

¹⁵ RUELE LC, ZEYNEP O, RENAUD T, septembre 2008, « *Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? – Enseignements de la littérature* », IRDES, Questions d'économie de la Santé n°135, p1-4

organisations se sont concrètement rapprochées par la suppression des doublons, l'harmonisation des outils et des procédures, la mutualisation d'activités exercées de part et d'autre... Dans le cas contraire, « l'augmentation de la taille du nouvel ensemble masque le maintien des coûts et des habitudes liés aux organisations antérieures¹⁶ ».

Finalement, au-delà de la question de taille de l'entité, il convient de s'interroger sur l'optimisation des organisations afin de ne pas générer de surcoûts éventuels.

B.) Les particularités du secteur public sanitaire, social et médico-social

Le secteur public des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les fusions de ces établissements publics se distinguent du secteur privé marchand, avec ses tutelles, son mode de financement, ses missions de service public et l'influence des politiques locales.

1.) Les responsabilités et les rôles entre l'ARS et les directeurs d'établissements

La réorganisation de l'offre de soins sur un territoire et la gestion d'un établissement sanitaire et médico-social sont deux activités bien différentes. Dans la définition et la mise en œuvre d'une fusion, les régulateurs et les gestionnaires ont de ce fait, des rôles et des responsabilités croisés.

Au niveau régional, la stratégie de réorganisation de l'offre de soins relève de la responsabilité de l'ARS. Elle ne délègue pas ce rôle de régulateur aux gestionnaires d'établissements lors de la mise en place de fusions, même si certains bénéficient de plus d'autonomie que d'autres¹⁷. Les fusions sont utilisées la plupart du temps, comme des outils pour défendre et préserver une position de marché. Elles permettent également une

¹⁶ DE POUVOURVILLE G, TIBI LEVY G, SPIRA R, MOISDON JC, 1997, « *Les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français* » Economie de la santé : Trajectoires du futur, Paris, INSEE Méthodes, p 244-259G.

¹⁷ Entretien avec Mme Lorho et M Paugan à l'ARS de Bretagne

répartition plus harmonieuse des prises en charge des patients et des différents accompagnements possibles auprès des résidents, sur un territoire donné.

Avec cet outil, au service de l'objectif général d'optimisation de l'offre locale, l'ARS bénéficie d'une vision élargie des restructurations mises en œuvre dans sa région. Malheureusement, aussi bien sur le plan régional que national, il n'existe à l'heure actuelle, que très peu de données chiffrées sur les suivis et les bilans des fusions. Les agences régionales de santé ne disposent que de quelques documents *ad hoc*, diffusés en interne.

D'autre part, lors d'une fusion, l'ARS ainsi que le Conseil Départemental, détiennent un rôle pilote, tant dans la phase de préparation que dans la phase de mise en œuvre.

Dans un premier temps, en amont, les autorités de tutelle expliquent en particulier aux élus, les finalités auprès des différentes parties prenantes. Il arrive que les directeurs des établissements publics sanitaires et médico-sociaux conduisent eux-aussi, en appui de l'ARS et du Conseil Départemental, cette communication et cette « idée de rapprochement¹⁸ » auprès des élus. Mais ce mode projet pour réussir associe toujours étroitement les directeurs, les médecins, les agents, les élus et les tutelles. Il est le résultat « d'une alchimie de tous ces acteurs¹⁹ ».

Dans un second temps, en aval, après la création effective d'une fusion, l'ARS et le Conseil Départemental continuent d'apporter leurs accompagnements techniques et de soutenir politiquement l'ensemble des acteurs de la fusion. Ils privilégient en priorité, certains axes comme l'étude organisationnelle des fonctions supports du nouvel établissement.

Les fusions EPS et les ESMS ont donc des particularités qui leurs sont propres, liées en partie au système de santé français et à leur histoire.

2.) Les spécificités de gouvernance et de l'organisation des EPS et des ESMS

La gouvernance et l'organisation des établissements sanitaires et médico-sociaux sont marqués par des logiques locales. Même si la loi HPST a quelque peu modifiée les

¹⁸ Entretien avec Mme Bettler, ancienne directrice générale du CHMB

¹⁹ Entretien avec Mme Bettler, ancienne directrice générale du CHMB

modalités, cet ancrage de rattachement à la commune demeure. Il est très ancien puisqu'il remonte à la loi du 16 vendémiaire an V²⁰.

Actuellement, les élus représentent toujours des acteurs importants dans la politique des établissements publics sanitaires et médico-sociaux. Leurs implications sur ces questions de fusion reflètent la place importante que tiennent les EPS et les ESMS dans les économies locales. C'est pourquoi, certains mouvements de restructurations et de redistributions des activités entre sites pour ne former qu'un seul établissement, peuvent susciter parfois des réticences, de la part des collectivités locales. Ces dernières peuvent craindre de voir potentiellement une ou plusieurs activités quitter leur territoire. Dans les dossiers de restructurations publiques, cette présence des enjeux locaux pèse en permanence sur la création, puis sur le fonctionnement d'une fusion.

Parfois, quand il est question de répartir différemment les activités d'un établissement au profit d'un ou plusieurs sites, la collectivité locale touchée peut poser la question des compensations. Ces dommages et intérêts n'apparaissent légitimes que si les activités maintenues satisfont au maintien d'une offre de proximité. Ils ne doivent pas remettre en cause l'objectif général d'amélioration de l'efficacité d'une fusion.

Ces spécificités d'une fusion d'établissements publics les distinguent des intérêts d'une fusion d'établissements du secteur privé.

3.) La singularité des fusions des EPS et des ESMS

Les restructurations touchent tous les secteurs mais les fusions touchent davantage le secteur privé que le secteur public.

Les fusions d'associations médico-sociales privées ou de cliniques peuvent avoir une dimension spéculative avec l'instauration de « holdings ». La recherche de croissance externe n'est pas un objectif pour les regroupements des établissements publics sanitaires et médico-sociaux. De plus, dans le secteur privé, les mécanismes liés à la rémunération des dirigeants, expliquent aussi pourquoi la propension de certains managers promeuvent des opérations de fusions acquisitions ou de fusions absorptions. Mais cette logique est complètement absente dans le secteur public, et en particulier pour les EPS et les ESMS. Les directeurs d'établissements publics ne perçoivent aucune prime supplémentaire liée à la mise en place d'une fusion. Leur gestion de carrière n'intègre pas ces éléments.

²⁰ Le 7 octobre 1796

Dans le secteur privé, beaucoup de fusions résultent de procédures collectives. Or, les procédures de liquidation judiciaire ne s'appliquent pas au secteur public.

Certes, un mécanisme de contrat de retour à l'équilibre peut être passé entre l'établissement et l'ARS. Ce contrat peut dans certain cas, aboutir à une administration provisoire si les mesures prévues au contrat n'ont pas eu d'effets²¹. Cependant, ce mécanisme n'a pas le même degré d'automatisme que les procédures de redressement et de liquidation judiciaire du secteur privé. En effet, une marge d'appréciation est laissée en pratique, au directeur général de l'ARS.

Les fusions d'établissements publics recherchent davantage la réponse la plus adaptée aux besoins d'accompagnement et de la prise en charge de la population, qu'à garantir un équilibre budgétaire et financier.

4.) Avec la multiplication des contraintes financières, les regroupements publics ne sont pas forcément la meilleure solution

Dans le secteur public, sur le plan financier, la fusion ne se présente pas toujours comme une mesure adéquate pour réduire les déficits.

En effet, les établissements qui fusionnent doivent surtout faire un effort de réorganisation interne pour optimiser leurs dépenses. Avec une accentuation de la contrainte budgétaire, la pression financière peut constituer à la fois un frein mais aussi un facteur facilitant les projets de fusions intersectorielles. Beaucoup d'établissements fusionnés, cherchent avant tout, une consolidation de leur équilibre d'exploitation. Ceux-ci les conduisent souvent à passer par une restructuration interne des organisations de leurs sites et de leurs services.

Avec un raisonnement micro-économique, un établissement présentant une bonne santé financière n'a que très peu d'intérêt à fusionner avec un établissement présentant des difficultés financières, même si la fusion apparaît pertinente en termes d'organisation d'offre de santé. C'est pourquoi, à titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Pontoise s'est montré à l'égard du CH de Beaumont sur Oise, assez réservé pour fusionner, au vu des différences de situations financières entre les deux établissements.

Par contre, si un regroupement de structures déficitaires envisage son redressement financier, il va d'abord travailler sur les facteurs internes de son déficit, en s'efforçant

²¹ Article L6143-3-1 du code de la santé publique

d'augmenter ses capacités, en optimisant ses dépenses et en mutualisant éventuellement des unités. Dans certains cas, l'optimisation de son organisation supposera même de restructurer l'offre, au-delà de l'établissement fusionné. Avec le GHT, il existera peut-être des opportunités. Mais pour le moment, l'apport d'une fusion dans un effort de rationalisation des charges et des produits apparaît en pratique ni automatique, ni général. Il doit être relativiser.

Par ailleurs, le mode de financement de la T2A complique les rapprochements entre les établissements sanitaires et médico-sociaux. Les logiques financières et tarifaires bien distinctes, pour chaque type d'établissement, fragilisent la mise en place de fusion. Lorsque les organisations sanitaires et médico-sociales ne sont pas formalisées dans une même structure, dotée d'une gouvernance et d'un cadre financier commun, les opérations de rapprochement et d'harmonisation apparaissent complexes à réaliser.

En outre, un autre facteur intervient. Dans un système tarifaire unique associant les organisations sanitaires et médico-sociales, les comptes de résultat des établissements fusionnés varient avec beaucoup plus de volatilité, rendant les prévisions financières encore plus incertaines. Ce système peut même accroître parfois la pression économique et financière.

C'est pourquoi, les fusions d'établissements sanitaires et médico-sociales demandent une bonne étude d'opportunités, au préalable.

C. La fusion, un long chemin de construction et de légitimité

La création d'une fusion ainsi que son nouveau fonctionnement doivent être élaborés dans le temps et avec méthode, afin de mieux relever les nouveaux défis qu'elle implique.

1.) Les raisons de fusionner

L'initialisation des projets de fusion par les acteurs est souvent liée à la survenance d'un « fait générateur » externe.

Il peut concerner un problème de recrutement médical, ou une obligation à réaliser des investissements lourds que l'établissement n'est pas en mesure de réaliser seul. L'hôpital de Méru a par exemple fusionné avec l'hôpital de Beaumont afin de réaliser des

investissements immobiliers. Mais l'évolution de la concurrence locale, à travers notamment les recompositions de l'offre privée, peut aussi obliger les établissements publics à revoir leur stratégie de gouvernance.

Pour ce qui concerne le développement du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, il s'agissait de « promouvoir une organisation originale au service du parcours sanitaire, social et médico-social des usagers des territoires concernés. »²². Cette fusion a pour optique de s'inscrire dans une formalisation efficiente de l'offre de soins et d'un accompagnement de qualité. En cherchant à renforcer l'attractivité médicale, la création de ce groupe permet aussi de mieux dimensionner les capacités en offre de soins et médico-sociale, de renforcer le lien ville hôpital, avec les pôles de santé, la maison médicale de garde. Il a aussi permis la création d'une CPTS.

Porteur également de la filière gériatrique du GHT Haute Bretagne, le CHMB cherche à définir un projet territorial de soins et médico-social lisible et cohérent. En promouvant une organisation pertinente avec un parcours interne sanitaire et médico-social, il vise à renforcer l'activité de médecine, avec un meilleur adressage direct des patients résidents. Cette fusion renforce en outre, le parcours SSR en adaptant le SSR polyvalent et en promouvant le SSR spécialisé. Ce regroupement apporte aussi une certaine solidité en se positionnant en tant que deuxième établissement du GHT Haute Bretagne, sans présenter le risque de développer « le complexe du loup et de l'agneau »²³. Cette fusion évite en définitive, les risques de lourdeurs et d'inefficience dans la gestion d'une direction commune de quatre établissements.

2.) Les modalités du regroupement

Pour ce qui concerne des modalités juridiques d'une fusion, le code de la santé publique²⁴ ainsi que le code de l'action sociale et des familles²⁵ sont peu diserts. Le CSP n'aborde presque pas les fusions hospitalières. Par conséquent, les équipes de direction n'ont à leur disposition que quelques textes.

²² Le protocole d'accord relatif à la fusion du CHMB et de ses établissements en direction commune, adopté le 27 juin 2016

²³ RAIKOVIC M, octobre 2000, « Les fusions d'établissements », Décision santé n°165, p16

²⁴ CSP articles L 6122-1, L 6141-1, R6141-10, L 6141-11 et L 6141-7-1.

²⁵ CASF articles L 312-1 et suivants, L 312-5, L 313-1 à L 313-9, L 313-12, R 313-1 à R 313-10-2

Le rapprochement entre les établissements impliqués dans une fusion est souvent une perspective évoquée longtemps avant sa mise en œuvre effective. Mais le temps de préparation variable ne prédit en rien de la réussite d'une fusion.

Par contre, il est certain qu'une fusion précipitée et imposée peut poser de nombreuses difficultés. Le groupe gériatrique de Penthièvre et de Poudouvre, en a fait l'amer expérience en intégrant trop rapidement l'Ehpad territorial de Pleneuf-Val-André, à la demande des élus locaux. Cette fusion précipitée a posé des nombreuses difficultés en termes de management²⁶. L'intégration du personnel de la fonction publique territoriale dans la fonction publique hospitalière a soulevé de nombreux obstacles en termes de gestion de carrière.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la fusion du CHMB, le calendrier retenu sur une durée d'un an était adapté et satisfaisant. Dans un premier temps, la constitution d'un comité stratégique composé de l'équipe de direction, des présidents du conseil d'administration et du conseil de surveillance a permis de recenser les points forts et les points faibles de la fusion, en anticipant au maximum sur les points de vigilance. Dans un second temps, la réalisation d'un diagnostic pour orienter la stratégie, ainsi qu'un gros travail de concertation et de communication ont contribué à la réalisation d'un plan d'actions partagés par l'ensemble des acteurs. Il était essentiel à ce moment précis, d'identifier les valeurs et les objectifs communs en coconstruisant un fonctionnement institutionnel. C'est pourquoi, pour désamorcer les inquiétudes et faciliter l'adhésion du personnel au projet, il « fallait faire connaître le projet et son avancement »²⁷.

Plusieurs réorganisations ont été déployées en amont de la fusion. Ces démarches ont fait aussi l'objet d'un plan d'actions techniques notamment pour l'organisation des fonctions supports, la réorganisation de la gouvernance ainsi que « le repyramidage du management »²⁸.

En outre, d'autres travaux ont été menés. Cette fusion absorption a ainsi été l'occasion de transférer des autorisations médico-sociales au profit de l'EPS²⁹. Il a aussi fallu préciser les modalités particulières de confection et d'approbation des comptes financiers, homogénéiser et formaliser les procédures de rattachement des stocks et des provisions, et enfin rapprocher les procédures de préparation du budget. Pour les contrats de prêt, cette opération de fusion a pu bénéficier d'une renégociation intéressante de sa dette

²⁶ Entretien avec Mme Garnier, DAF du Centre Hospitalier de Penthièvre et Poudouvre

²⁷ Entretien avec Mme Bettler, ancienne DG du CHMB

²⁸ Entretien avec Mme Bettler, ancienne DG du CHMB

²⁹ ZOLETTI C, 2015, « Tout savoir sur la fusion hospitalière », Rennes, Presses EHESP, 180p

avec les partenaires bancaires. Le CHMB a ainsi fait valoir ses perspectives d'investissement, en minimisant le risque d'exigibilité de remboursement anticipé de certains contrats d'emprunts.

Mais toutes ces opérations conduites pour créer la fusion soulèvent de nouveaux enjeux.

3.) Les nouveaux enjeux et les obstacles à relever

A l'heure actuelle, il est encore trop prématuré pour réaliser un bilan des effets de cette fusion.

Toutefois, il convient de continuer à renforcer l'efficacité organisationnelle de ce regroupement. Plusieurs éléments sont à prendre en considération. Il ne s'agit pas seulement de s'intéresser aux effets structurels de la fusion mais aussi aux effets conjoncturels, comme la mise en place du GHT ou de la CPTS.

D'autre part, il est essentiel de garantir une stabilité dans la gouvernance afin d'éviter un manque de lisibilité, qui peut rapidement devenir anxiogène pour certains acteurs. Les successions de périodes d'intérim sont à limiter dans le temps, autant que possible. Pour mener à bien la conduite de ce changement, le CHMB doit asseoir une politique stable et commune en confortant sa place en tant que deuxième établissement du GHT Haute Bretagne. Avec sa taille plus ou moins comparable à celle du CHMB, à titre d'exemple, le groupe CH2P bénéficie quant à lui, d'une grande stabilité directionnelle depuis plusieurs années, lui permettant de « peser dans les choix stratégiques du GHT d'Armor, voir même de faire contrepoids parfois »³⁰.

En parallèle, la construction d'une identité de groupe doit se poursuivre en articulant l'ensemble des projets d'établissements historiques en un seul, et en créant un nouveau CPOM. Ces travaux harmoniseront encore plus les pratiques professionnelles, et créeront plus d'égalité et de cohérence au sein du groupe. Pour bâtir ce socle commun stable et fort, il faudra donner du sens et éviter les risques de conflits entre les sites en développant plus de transversalité et en apprenant à travailler ensemble. La communication et la préservation d'un dialogue de qualité renforceront ce sentiment d'appartenance au groupe et consolideront les travaux de la fusion, en créant des échanges dit « naturels » entre les sites. La synergie du groupe sera ainsi réelle et plus à développer.

³⁰ Entretien avec Mme Garnier, le mercredi 13 Juin à Lamballe

Dans un souci d'équité et d'homogénéité, il conviendra de structurer une organisation durable conciliant la stratégie, l'opérationnalité, la technicité et la continuité. Cette redéfinition d'organisations pertinentes permettra au groupe d'optimiser son fonctionnement et de gagner en efficience. En accompagnant la montée en compétence, ces nouvelles organisations gagneront en attractivité, en qualité et en stabilité.

En dernier lieu, il faudra maintenir les grands équilibres budgétaires, et limiter la dégradation des résultats, en mettant en place des actions anticipées, rapides et les plus indolores possibles. L'enjeu est de conserver une bonne santé financière. Il s'agit d'éviter des déficits cumulés en adaptant son organisation pour éviter un contrat de retour à l'équilibre.

En 2017, le CHMB a absorbé plusieurs surcoûts liés à la création de la fusion, dont certains ont fait l'objet de crédits non reconductibles. Cependant, on constate une évolution importante de la masse salariale dont 80% de cette augmentation est liée des mesures réglementaires et individuelles. Entre 2016 et 2017, la masse salariale du CHMB a augmenté de 6% alors que les recommandations formulées par les différentes agences préconisaient une évolution de 1%. La faible évolution des produits entre 2017 et 2018 nécessite une maîtrise des dépenses et particulièrement des dépenses du titre 1 en personnel non médical, pour éviter d'accentuer le déficit en 2018. Si aucune mesure de réajustement n'est entreprise, le déficit projeté à la fin de l'année, sera presque trois fois supérieur à celui de 2017.

De plus, avec sa nouvelle taille, le groupe a dû recruter de nouveaux agents afin de renforcer sa structure opérationnelle et technique. D'autres impacts comme la diminution des recettes statutaires et la réforme des contrats aidés plus subventionnés ont contribué à l'augmentation des dépenses du personnel. Par conséquent, ces effets ont dégradé la situation financière. Le bilan financier de l'année 2017 fait apparaître un résultat déficitaire pour l'ensemble des budgets du CHMB. Ce déficit se concentre principalement sur les Ehpad d'Antrain et de Saint Brice tandis que l'Ehpad de Saint Georges dégage un excédent.

D'autre part, plusieurs indicateurs financiers et budgétaires demeurent préoccupants. Malgré une trésorerie conséquente, depuis la création de la fusion, des prélèvements sur fonds de roulement sont réalisés tous les ans. Le taux de CAF et le taux de marge brute se détériorent au fur et à mesure. Désormais, la marge brute n'arrive plus à couvrir l'épargne nécessaire aux investissements et aux frais financiers³¹. Pour le moment, même si le groupe ne respecte pas la valeur cible de l'encours de la dette, il n'est pas encore

³¹ Entretien avec Xénia Orhan, DAF du CHMB

tenu de recourir à l'autorisation de l'ARS pour emprunter mais il s'agit d'être vigilant³² au vu des prévisions.

Le risque à craindre est de voir apparaître un recul d'investissement. A titre de comparaison, le CHBS, à la suite d'une fusion où les CAF ont été agrégées, a connu une détérioration de sa situation financière avec un endettement plus élevé. Ses capacités à investir se sont réduites lors de la signature d'un contrat de retour à l'équilibre.

C'est pourquoi, en faisant conjuguer EPRD et PGFP, il faudra réévaluer les investissements et les projets à réaliser. « Le bon usage des investissements est toujours révélateur de la qualité de gestion³³ ». Même si la prise de décision pour un investissement inscrit au CPOM, fait l'objet d'arbitrages découlant du SRS, les futurs projets d'investissement dépendront de la nouvelle structuration financière du groupe. Dans un futur proche, utiliser l'opportunité offerte par les GHT pour investir pourrait devenir un moyen pour renforcer la stratégie territoriale et de forger « cette communauté de destins »³⁴.

Avec cette fusion, il faudra aussi prendre en compte davantage l'aspect des financements croisés entre l'ARS et le CD, les différentes situations budgétaires des sites et la question de fongibilité entre les enveloppes pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap. En effet, avec l'obligation de contractualiser pour les Ehpad³⁵ et les ESMS PH³⁶, le futur CPOM intégrera la mise en place d'un pilotage par la ressource où la fongibilité des enveloppes pourra être admise lors de l'affectation des résultats.

Pour le moment, pour la partie sanitaire, les financements par dotations HPR devraient lisser les variations d'activités et éviter une baisse de la facturation à l'assurance maladie. Pour la partie médico-sociale, l'application des coefficients de convergence de soins et de dépendance des Ehpad du CHMB fait progresser les recettes de l'activité. A contrario, les

³² Rapport du compte financier du CHMB 2017

³³ ACKER D, BENSADON AC, LEGRAND P, MOUNIER C, Avril 2012, « *Management et efficacité hospitalière, une évaluation des déterminants* », IGAS, Paris, 118p

³⁴ A DE CARHEIL, C TRIBALLEAU, décembre 2016, « *Autour des GHT* », Gestion hospitalière n°561

³⁵ Article CASF IV ter du L. 313-12, Article 58 Loi ASV

³⁶ Article CASF L. 313-12-2 de la LFSS 2016

recettes de l'activité du FV sont en diminution notamment avec une réduction des recettes d'absentéisme et de formation.

Il est difficile à l'heure actuelle, de dresser un bilan de l'effet de la fusion du fait du manque de visibilité, en termes de comparaison. Il faudra voir sur du plus long terme, les bénéfices de cette fusion. A titre d'exemple, le transfert de 36 ETP de personnels administratifs, techniques et logistiques vers le budget principal, ne permet pas de dégager de tendance. Ces charges de personnel étaient réparties avant l'absorption des trois établissements, sur des budgets différents. Cependant, plusieurs outils d'aide au pilotage sont à prendre en considération, et invitent à réfléchir à la mise en place de nouvelles organisations pertinentes et mieux adaptées.

Au-delà de ces enjeux stratégiques, du redressement financier, et de l'évolution de la masse salariale, il semble important de développer le bon dimensionnement organisationnel afin d'assurer la réussite de cette transition du groupe. C'est pourquoi, il est nécessaire d'analyser ces nouveaux défis sous le prisme de la gestion et de la stratégie des ressources humaines, pour anticiper et accompagner au mieux les acteurs dans cette mutation organisationnelle.

II) NECESSITE D'ACCOMPAGNER LA TRANSITION DU NOUVEAU GROUPE, GENERATEUR DE CHANGEMENTS

Au regard des enjeux et des risques, pour anticiper au mieux les changements futurs des unités organisationnelles d'une fusion, il faut analyser impérativement la situation en RH. Dans son ouvrage « Human Resource Champions. The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results », l'auteur Dave Ulrich³⁷ mentionne le rôle prépondérant de la fonction RH dans la gestion du changement, notamment lors des réorganisations internes. Restructurer suppose un accompagnement en RH efficace. La prise en compte et la combinaison de plusieurs facteurs RH garantira la réussite de cette gestion de projet.

A) Prendre en compte l'épreuve d'une fusion

³⁷ Dave Ulrich, 1997, « *Human Resource Champions. The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results* », Harvard Business school press, Boston, 280p

Il est nécessaire de bien comprendre l'environnement RH et l'expérience de la création de la fusion pour mieux les appréhender. Depuis la création du CHMB, certaines fonctions supports ont déjà été réorganisées.

1) Réorganiser le redéploiement des fonctions administratives, logistiques et techniques en amont de la fusion, tout un art en management

Améliorer l'efficacité des organisations fusionnées par une remise en cause de l'emploi ne saurait s'expliquer.

En effet, pour ce qui concerne la fusion des CH de Redon et de Carentoir, aucune mesure de réduction des effectifs n'avait été prévue. Son protocole préparatoire prévoyait la sauvegarde des emplois. « La finalité de la fusion n'est pas de rechercher une économie de postes par une réorganisation fusionnée de services »³⁸. Pour autant, la lettre de mission de l'ARS au nouveau directeur mentionnait ceci : « *Votre vigilance devra particulièrement porter sur la maîtrise des charges du titre 1 dont la progression a été particulièrement dynamique ces dernières années. La fusion avec Carentoir doit constituer une opportunité pour harmoniser les pratiques RH des deux sites et renforcer les mutualisations. Par ailleurs, les développements d'activités devront privilégier le redéploiement aux créations de postes* »³⁹. Finalement, la prise en compte du dimensionnement des effectifs dans une fusion est bien étudiée par l'ARS mais n'a pas pour objectif premier une réduction des postes. Lorsqu'il s'agit de réaliser des économies, les mutualisations et les redéploiements de postes sont recherchés prioritairement aux niveaux des fonctions supports. D'autres mesures d'optimisations peuvent venir s'ajouter dans un second temps. Elles sont souvent issues des regroupements d'unités de soins. Cependant, leurs mises en œuvre sont beaucoup plus complexes car elles doivent impérativement assurer une soutenabilité dans la charge de travail pour les équipes soignantes.

Concernant la fusion absorption du CHMB avec les établissements sociaux et médico-sociaux de Tremblay et Saint Georges de Reintembault en 2017, un des faits marquants a été de renforcer les fonctions transversales, dites supports. Ce projet d'envergure a mobilisé principalement les équipes administratives, techniques et logistiques. Des travaux conséquents en amont de la fusion, ont été menés au niveau des services économiques et financiers, ainsi qu'au niveau du service des ressources humaines. Le

³⁸ Entretien avec Mme Lorho et M Paugan à l'ARS de Bretagne

³⁹ Entretien avec Mme Lorho et M Paugan à l'ARS de Bretagne

choix d'un transfert des services administratifs et techniques de Tremblay et Saint Georges de Reintembault vers un site unique, à Antrain, a conduit à un gros travail de réorganisation. Cette redéfinition des missions et des espaces géographiques de travail a été structurée autour d'un dialogue social constructif et de qualité. En organisant de nouvelles élections professionnelles, la mise en place d'instances communes a permis de conserver un dialogue social de proximité. Des réunions de concertation et des CHSCT locaux⁴⁰ ainsi qu'un CTE et un CHSCT commun aux quatre sites, ont conforté cette réorganisation. Ainsi, toutes ces transformations organisationnelles mettent en avant un mouvement à la fois de destruction et de reconstruction.

Porteuse à la fois de bouleversements, d'angoisse, d'une remise en cause du cadre familial de travail pour les agents concernés, cette fusion représente, plus particulièrement pour le personnel administratif, une épreuve. Contrairement au personnel soignant qui ne voit pas son identité professionnelle remise en cause si son service fusionne avec un autre établissement, le personnel administratif et logistique a une vision bien différente. A titre d'exemple, l'aménagement de nouvelle fiche de poste, les changements d'horaire, la modification de trajet domicile travail, les recompositions d'équipes peuvent être source d'angoisse et de frustration au départ. Elle s'apparente souvent pour ces derniers, à une période désagréable pouvant générer des conflits et des incertitudes. Prenant diverses formes d'une mutation plus ou moins douloureuse, certains la considèrent comme un débouché de gagnants et de perdants. La fusion peut même aviver les oppositions entre les agents, notamment pour les postes convoités. Par ailleurs, les plus âgés la perçoivent souvent comme une valeur plus traumatisante⁴¹. Ils mentionnent des effets négatifs en termes de gestion de carrière et de promotion interne. Certains font allusion même au terme de « deuil », faisant référence à la destruction d'un cadre existant où le personnel seraient les principales victimes. Cette perception de « victime » est extrêmement représentée avec les différentes modalités de la gestion du temps de travail entre les sites.

Plusieurs valeurs sont ainsi remises en cause et suggèrent des changements dans les relations inter personnelles.

2) Une refonte des équilibres

⁴⁰ Rapport d'activité du CHMB de 2017

⁴¹ Entretien avec un agent dans un service administratif

Ce regroupement entremêle « à la fois des attentes positives, des craintes et des espoirs d'amélioration⁴² ».

Mais ces reconfigurations ne sont pas seulement qu'individuelles, elles remanient les domaines d'influence et de pouvoirs où les directions sont bien souvent en première ligne. A travers les réorganisations des activités, les intérêts personnels sont remaniés. Les frontières implicites d'influence sont déplacés à l'intérieur et entre les corps professionnels. On assiste à une refonte des équilibres transactionnels. Du côté des médecins par exemple, cette fusion a été bien vécue car elle n'a pas limité leur liberté d'initiative et leur influence sur les autres catégories professionnelles. En revanche, pour le personnel administratif, même si leur capacité d'action n'a pas été affectée, certains considèrent perdre du sens car ils ne peuvent plus « accéder à l'information et participer réellement à la vie de l'établissement »⁴³. Même si la méthode pour réorganiser a été bien vécue par l'ensemble du personnel administratif et logistique, conduite avec transparence et concertation, certaines tensions latentes persistent, faisant apparaître des déséquilibres dans la répartition des tâches. En tout état de cause, ces organisations de travail restent perfectibles et nécessitent de recomposer collectivement les normes professionnelles.

Il s'agit désormais de remanier les règles des nouveaux métiers et d'affirmer des valeurs professionnelles. En effet, la fusion a vu s'opérer une transformation des valeurs professionnelles. Deux valeurs se distinguent et deviennent plus importantes après cette fusion. On retrouve premièrement le respect des règles et deuxièmement l'adaptabilité.

Pour le personnel administratif, la transformation essentielle concerne l'adaptabilité dans leurs missions confiées. L'esprit d'équipe, le contact humain et la confiance mutuelle deviennent des éléments plus secondaires dans l'exercice de leur métier. L'adaptabilité, prend donc une importance croissante au détriment de l'esprit d'équipe et du contact humain. Avec une fusion, la valorisation des relations interpersonnelles se rapprocherait du monde industriel où domine la performance et la soumission aux règles⁴⁴.

La majorité du personnel administratif et technique interrogée considère que « *leur métier n'est plus le même* » après la fusion. Leurs réponses s'expliquent par l'évolution du cadre modifié et plus normatif. Cependant, ces derniers n'ont pas changé d'orientation professionnelle et éprouvent une certaine satisfaction par le biais d'une plus grande professionnalisation. Celle-ci s'explique en partie, grâce à plus de spécialisation et de fiabilisation des process, avec plus de contrôles. Ainsi, cette évolution des valeurs met en

⁴² DUMOND JP, 2006, « *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers* » Sciences sociales et santé, Ed JL Eurotext, p 97-127

⁴³ Entretien avec un adjoint administratif

⁴⁴ BOLTANSKI L, THEVENOT L, 1991, « *De la justification. Les économies de la grandeur* », Paris, Gallimard, 496p

relief davantage de formalisation et une meilleure qualité dans les méthodes de travail. De plus, avec la création de cette fusion, le professionnalisme des acteurs en RH s'améliore progressivement et facilite un meilleur accompagnement à la mise en œuvre des restructurations futures.

Toutefois, ces réorganisations doivent se stabiliser et être conforter dans le temps. Des réajustements seront peut-être nécessaires notamment avec le GHT, le futur système d'informations et les évolutions de coopération du CHMB. D'autres organisations internes dans les services de médecine, du SRR, du foyer de vie et les Ehpad restent à mener. Elles interviennent à posteriori et suggèrent une analyse plus approfondie pour agir de manière efficiente et concrète.

Pour bâtir une stratégie de réorganisation, un pilotage du budget du personnel représente un atout non négligeable.

B) Améliorer le pilotage et la maîtrise de la masse salariale

1) Mesurer et analyser les variations de la masse salariale

Depuis deux années consécutives, on constate une progression de la masse salariale qui s'est amplifiée avec la fusion. Plusieurs causes exogènes et endogènes liées à l'impact d'une fusion, peu précises sont mises en avant, mais elles demandent à être explicitées davantage.

Lors de l'analyse du résultat financier déficitaire, le CHMB a constaté une forte évolution des rémunérations et des charges patronales qui suscite une analyse plus approfondie de son organisation existante.

La masse salariale est au cœur des équilibres des organisations. B. Martory et D. Crozet précisent que la masse salariale est « une variable décisive de la politique financière de l'unité et que des réflexions prospectives sur son évolution peuvent contribuer à clarifier des choix en termes de dépenses totales consacrées aux ressources humaines »⁴⁵.

L'analyse budgétaire du personnel représente une variable clé des équilibres financiers et sociaux. Par conséquent, elle est au centre de nombreuses décisions exprimant la stratégie d'un établissement fusionné. Sa notion ne répond pas à une définition unique,

⁴⁵ MARTORY B, CROZET D, 2005, « Gestion des ressources humaines : pilotage social et performances » Paris, Editions Dunod, p 75

elle s'articule autour de quatre agrégats⁴⁶ qui se consolident progressivement. On retrouve la masse salariale⁴⁷ qui correspond à la somme des rémunérations perçues par les agents, puis la masse salariale chargée inclus, avec en sus les charges sociales et parafiscales. Beaucoup d'analyses s'arrêtent à ce niveau de détermination pour piloter leur masse salariale. Le CHMB a fait ce choix pour établir son état des lieux et son analyse.

Cependant, peuvent s'ajouter à la masse salariale chargée, les coûts de personnel. Ce troisième agrégat est constitué des avantages en nature, de l'intérim, des frais de sous-traitance et des charges connexes directes. La prise en compte de ces éléments est intéressante car elle permet d'inclure l'externalisation de l'emploi et de favoriser des arbitrages plus pertinents sur la base du coût réel de la main d'œuvre employée. Réduire les effectifs par de l'appel à l'intérim et de la sous-traitance peut masquer des élévations exagérées des frais de personnel. Enfin, le coût total du travail inclut les frais de gestion de la main d'œuvre. Il permet de déterminer un coût aussi complet que possible de l'emploi.

Pour piloter la masse salariale, il faut avant tout piloter les écarts. Mesurer et décomposer les écarts valent aussi bien dans l'analyse rétrospective que prospective. Dans chaque cas de figures, les principes et les démarches sont identiques.

Comme beaucoup d'établissements sanitaires et médico-sociaux, le CHMB a absorbé plusieurs mesures réglementaires importantes non financées comme par exemple, le PPCR, l'évolution des charges patronales et la valorisation du point d'indice avec le SMIC. Sa masse salariale a également évolué avec les effets des mesures individuelles, notamment les avancements de grade et d'échelons, les mises en stage et le recrutement de CDI. Cependant, ces augmentations individuelles sont limitées car le GVT est faible, avec un âge moyen du personnel de 37 ans. En revanche, les recrutements supplémentaires liés à l'impact de la fusion, notamment pour renforcer la structure administrative et technique et élever le niveau des compétences, ont eu des effets défavorables. Ces mesures structurelles impactent de manière conséquente, le budget du personnel, avec un important effet report pour cette année, qui n'est malheureusement plus compensé par un CNR.

En d'autres termes, un autre impact conjoncturel non négligeable est venu s'ajouter. Depuis 2017, avec la nouvelle politique publique beaucoup moins incitatrice à l'embauche de contrats aidés, les établissements sanitaires et médico-sociaux ne bénéficient plus

⁴⁶ MARTORY B, 2015, « Contrôle de gestion sociale, salaires, masse salariale, effectifs, compétences, performance », Paris, Ed VUIBERT, 376p

⁴⁷ DHOS, 2014, « Guide de la masse salariale » Paris, 64p

d'aides financières pour ce type de contrat particulier. Ces quatre dernières années, des départs en retraite d'ASH sur des postes permanents, ont été remplacés par des CAE. Aujourd'hui, avec la réduction des subventions, voir sa suppression, l'établissement est contraint de transformer ces contrats aidés en CDD. Ce surcoût financier représente la moitié de l'augmentation de la masse salariale.

D'autre part, un dernier impact plus inattendu est aussi à prendre en compte, celui de la structuration architecturale et de l'organisation de la restauration. Avec l'ouverture d'une nouvelle petite unité de vie dans un Ehpad, des moyens humains supplémentaires ont été nécessaires. Il a fallu recruter en mettant en place des horaires de renfort où les mutualisations avec les autres unités ou les autres sites n'étaient pas possibles.

Ces surcoûts plus ou moins subis, liés en partie à la fusion, doivent être analysés plus finement par le biais du développement du contrôle de gestion sociale.

2) Développer le contrôle de gestion sociale

C'est pourquoi, le développement du contrôle de gestion sociale prend ici tous son sens, surtout avec cette nouvelle taille d'établissement.

Il permet de développer « l'intelligence de cette nouvelle organisation fusionnée⁴⁸ ». Il est nécessaire de développer des outils d'aide à la décision et à la prise de décision permettant plus de réactivité dans le management d'un établissement fusionné. Dans un environnement de plus en plus contraignant financièrement, les simulations budgétaires aident à mesurer l'efficacité des dispositifs des ressources humaines. A titre d'exemple, il pourrait être pertinent de décomposer l'ensemble des charges du personnel, en détaillant le GVT avec l'effet « sortant », l'effet « carrière », l'effet « entrant » ainsi que l'évolution des effectifs en fonction des indices majorés⁴⁹. Mesurer les variations des effectifs et des activités, analyser l'évolution de la structure des effectifs et l'incidence des mesures individuelles et collectives permettent de dégager un modèle complet de « *reporting* » social. Cet outil répond pleinement aux exigences de demain pour le groupe.

La combinaison de l'activité médico économique et de l'organisation interne répond à la logique d'efficacité qui devient un enjeu majeur. Pour permettre cette dynamique, la

⁴⁸ COLLIN E, 2017 « le contrôle de gestion sociale, les guides pratiques, ressources humaines » Le Mans, Ed GERESO, 139p

⁴⁹ GROLIER J, MEDEE P, PERARD Y, 2014, « Contrôle de gestion et pilotage de la performance médico-économique », Rennes, presses de l'EHESP, 336p

fonction contrôle de gestion sociale doit s'articuler autour de l'optimisation des moyens humains au regard de l'activité, la maîtrise des coûts au regard des recettes et le développement d'une culture de contrôle de gestion sociale. A partir des orientations retenues et des nouveaux outils de pilotage et d'aide à la décision, la culture contrôle de gestion sociale devra se développer avec l'adhésion de l'ensemble des acteurs afin d'instaurer un dialogue de gestion adapté à la nouvelle structuration du CHMB. La pertinence et la réussite du contrôle de gestion sociale repose sur la coopération des services producteurs de données, l'adhésion des services et sur la participation des médecins, majoritairement impliqués dans l'organisation soignante.

Actuellement, des comités de gestion du CHMB mis en place favorisent les échanges et la communication entre la direction et les cadres administratifs. Ils devraient s'élargir à d'autres professionnels comme les cadres de santé, les cadres médico-sociaux et les médecins. Ces comités de gestion permettent de mesurer les résultats, analyser les écarts, faire preuve de réactivité en cas de dysfonctionnement, et de décider des orientations pour atteindre les objectifs. A travers la mise en place de tableaux de bord RH et d'un système d'information adapté aux ressources humaines, l'analyse des indicateurs RH permettra une optimisation plus aisée des moyens humains, et facilitera le « benchmark » inter-sites.

Mais cet outil permettant l'instauration d'organisations efficaces, ne peut être mis en place qu'à partir d'une gouvernance stable.

C) Stabiliser le pilotage pour apporter de la cohérence et de l'équité dans les organisations RH

A la suite d'une création d'une fusion, il est essentiel de consolider le pilotage et la gouvernance pour créer un équilibre des organisations RH de tous les sites absorbés.

1) Obtenir une gestion du temps de travail et une répartition de la charge de travail identiques au sein du groupe

Ce travail passe par une grosse harmonisation notamment en matière de gestion du temps de travail, dans la répartition des tâches de travail et des charges de travail. Plusieurs étapes doivent se succéder.

Lors du protocole d'accord de la fusion, le CHMB a décidé d'aborder la question de la gestion du temps de travail dans un délai de deux ans. Cette question sera abordée l'année prochaine, en concertation avec les organisations syndicales afin d'harmoniser par exemple, le nombre de RTT différents d'un site à l'autre. Pour le moment, après cette récente fusion, il a été convenu de travailler sur l'optimisation des organisations humaines. Le tableau des emplois des effectifs permanents permet de mettre en lumière les moyens humains dédiés par unités et entre les sites. Il n'apparaît pertinent que s'il répond aux besoins et à la satisfaction des patients résidents.

Pour apporter de l'équité et de l'efficacité à ces nouvelles organisations de soins et d'accompagnement, il est nécessaire d'objectiver la réalité des charges de travail de chaque métier. Mesurer la charge en soins par exemple, permet d'avoir une approche par consensus qui peut facilement aplanir des tensions éventuelles. Ce type d'outil d'aide à la décision permet de réconcilier les attentes des professionnels, des gestionnaires et des patients résidents. L'enjeu est d'évaluer correctement cette charge en soins⁵⁰ et de bien répartir entre les différents services les moyens à allouer.

Dans les Ehpad, avec le GMP⁵¹ et le PMP⁵², l'objectivation de la charge en soins est plus facile à mesurer. Ces outils d'aide à la décision permettent de justifier des besoins en soins requis. Par contre, pour ce qui concerne le foyer de vie et les services sanitaires, il n'existe pas encore d'équations tarifaires permettant d'évaluer les besoins en accompagnement et la charge en soins. Dans le secteur du handicap, la réforme Serafin Ph⁵³ vise à construire des futurs indicateurs fiables et équitables afin d'effectuer un parangonnage objectivé entre les moyens et les résultats obtenus.

Une étude fine des maquettes organisationnelles apparaît ainsi opportune.

2) Travailler les maquettes organisationnelles en fonction de la charge en soins

Pour l'instant, il est intéressant d'obtenir une vision globale de l'ensemble des maquettes organisationnelles, en évaluant la charge en soins.

⁵⁰ VALLIN V, mars 2018, « Évaluation de la charge en soins : Un outil d'efficience à l'usage de l'hôpital », Gestions hospitalières, n°574

⁵¹ Rapport entre le nombre total de points GIR produit et le nombre total de résidents

⁵² Obtenu par un algorithme de groupage

⁵³ L'année 2018 marque le lancement d'une deuxième étude nationale des coûts pour identifier les facteurs explicatifs de la variabilité des coûts des accompagnements (selon les besoins et les caractéristiques des personnes, les accompagnements, les modes d'accueil) et de fournir des éléments d'analyse et de réflexion pour la constitution d'un nouveau modèle de financement des ESMS.

Une cartographie des effectifs incluant des éléments de productivité des ressources humaines permet d'identifier les évolutions ayant un impact sur l'activité des agents. Pour objectiver au mieux ces situations, il convient de choisir entre plusieurs indicateurs.

Pour le CHMB, avec une activité à dominance médico-sociale, il a semblé opportun de retenir pour analyser les organisations, les ratios par lits moyen occupés avec les GMP et les PMP par site. Les ratios rapport indice de performance durée moyenne de séjour sur les ETPR PM et PNM, ainsi que le ratio journée séance sur les ETPR PNM n'ont pas semblés judicieux. Ils sont en effet, plus destinés à une application pour le secteur sanitaire. Ainsi, pour le CHMB, on obtient les résultats suivants :

	Nombre de lits installés	Nombre de lits occupés	IDE – AS – ASH Requis			Ratio par lit moyen occupé			GMP/PMP	Ratio etp/GMP
			IDE	AS / AMP	ASH	IDE	AS	ASH		
Antrain	150	147,6	8,48	30,75	32,2	0,057	0,208	0,218	804,07 /244	0,484
St Brice (hors hébergement temporaire)	136	129,4	5,50	39,90	25,7	0,043	0,308	0,199	804,11 /244	0,550
St Georges	110	105,6	4,80	27,50	9,63	0,045	0,260	0,091	672,26 /122	0,397
Tremblay	136	134,1	6,70	27,89	24,35	0,050	0,208	0,182	711,19 / 159	0,440
Total	532	516,7	25,4	126	91,9	0,049	0,24	0,17	753.6	0,471

A la lecture de ce tableau⁵⁴, on s'aperçoit que les GMP et les PMP sont identiques sur deux sites, à Antrain et à Saint Brice. Pourtant, le ratio ETP/GMP de l'Ehpad de St Brice est légèrement supérieur à celui de l'Ehpad d'Antrain. En constatant un écart de 14 lits installés entre ces deux sites, on observe pourtant un différentiel de 6.3 emplois sur les

⁵⁴ Tableau issu de l'analyse sur les causes de l'évolution de la masse salariale 2017 du CHMB

fonctions IDE, AS et ASH. Cette variation s'explique en partie, par une organisation architecturale différente.

Maintenant, si on intègre les effectifs d'hôtellerie et de ménage dans ce tableau de bord RH, la variation entre ces deux Ehpad se creuse.

	Nombre de lits installés	Nombre de lits occupés	Effectifs et ratios		Ratio		Ratio total
			hôtellerie et ménage		IDE, AS et ASH Requis		
			Effectifs	Ratios	Effectifs IDE, AS Et ASH	Ratios	
Antrain	150	147,6	10,13	0,068	71,47	0,484	0,552
St Brice (hors hébergement temporaire)	136	129,4	11,95	0,092	71,17	0,550	0,642
St Georges	110	105,6	2,50	0,023	41,93	0,397	0,420
Tremblay	136	134,1	4,60	0,034	58,94	0,440	0,474
Total	532	516,7	29,18	0,056	243,51	0,471	0,527

En regardant cet autre tableau de bord RH⁵⁵, l'écart du ratio total s'accroît. Il s'explique en grande majorité, par une organisation spécifique du restaurant de Saint Brice. A Saint Brice, il existe deux équipes cuisine/restauration dont une est dédiée entièrement au service restauration, avec pour particularité un service à l'assiette.

Au final, avec un GMP et un PMP identiques, et prenant en compte les taux d'occupation et le nombre de lits installés, le site de Saint Brice dispose de 9.1 ETP supplémentaires par rapport au site d'Antrain. Ce différentiel crée un déséquilibre inter sites, source de tensions et d'inefficience.

⁵⁵ Ibid

Par ailleurs, un autre axe d'analyse est intéressant pour étudier l'efficacité des organisations inter-sites. Il s'agit de la répartition des effectifs en fonction de la journée et de la semaine. En effet, en comparant le nombre de postes de travail du lundi au dimanche en services d'Ehpad, on peut étudier si les organisations disposent d'un mode de fonctionnement dégradé ou pas. Au CHMB, les différences des moyens humains alloués entre les sites, entre la semaine et le week-end sont flagrantes.

Nombre de postes de travail de jour	Etablissement JOUR				Etablissement NUIT				Total			
	Lundi au vendredi		Samedi-Dimanche et jours Fériés		Lundi au vendredi		Samedi-Dimanche et jours Fériés		Lundi au vendredi		Samedi-Dimanche et jours Fériés	
	total	m/j	total	m/j	total	m/n	total	m/n	total	m/j	total	m/j
Antrain 150 lits	185	37	60	30	25	5	10	5	210	42	70	35
St Brice 136 lits (hors hébergement temporaire)	174	34,8	63	31,5	22,5	4,5	9	4.5	196.5	39,3	72	36
St-Georges 110 lits	110	22	36	18	10	2	4	2	120	24	40	20
Tremblay 136 lits	168	33,7	46	23	13,5	2,7	4	2	182	36,4	50	25
TOTAL	637	127	205	102	71	14,2	27	13,5	708	141,7	232	116

Les résultats sont révélateurs, avec le tableau⁵⁶ ci-dessus. Si l'on compare encore les sites de Saint Brice et d'Antrain qui présentent un GMP et un PMP identiques, on s'aperçoit même si l'Ehpad de Saint Brice a 14 places de moins que l'Ehpad d'Antrain, que le nombre de postes de travail le week-end est supérieur. De plus, le nombre de postes la nuit, à Saint Brice est quasiment identique à celui d'Antrain alors qu'il y a moins de lits installés. On constate encore une disparité de moyens humains entre les sites, créant un déséquilibre organisationnel, source d'inefficacité.

A travers cet exemple inter sites du groupe, il est important de trouver un outil d'amélioration de l'affectation des ressources humaines pour permettre l'équité, la cohérence des organisations. Ce besoin d'harmonisation des moyens et des pratiques

⁵⁶ Ibid

renforcera le sentiment d'appartenance au groupe. D'autre part, il est dommage de ne disposer encore d'un outil informatique qui permettrait de tracer la réalité des soins et de l'accompagnement données, en continu afin d'ajuster au plus juste les ressources, en temps réel. Ce moyen informatique rendrait possible la remise à disposition des moyens humains potentiellement sous utilisés. De manière indirecte, ces ajustements auraient en parallèle, un impact sur les mensualités de remplacement. Avec la définition du nouveau schéma directeur des systèmes d'information du GHT, les développeurs de SIH proposeront peut-être cette possibilité.

Pour le moment, l'absentéisme dans l'optimisation des maquettes organisationnelles doit être intégrée soit sous la forme d'enveloppes autogérées, ou soit sous la forme de délégations de mensualités accordées annuellement.

3) Intégrer les variables de l'absentéisme et du recrutement dans la définition des organisations RH

La politique de remplacement doit ainsi être en adéquation avec les organisations des moyens humains, intégrant les effectifs permanents.

L'absentéisme peut avoir des répercussions financières conséquentes et menacer l'équilibre social d'une organisation. Toute absence d'un agent présente un coût humain, financier et organisationnel. Le cumul des absences peut même fortement se répercuter sur l'équilibre financier d'un établissement. L'absentéisme pèse très lourd dans le secteur public sanitaire et médico-social puisqu'il est devenu en quelques années, le secteur professionnel le plus touché, devant le secteur des bâtiments et des travaux publics. Les effectifs de remplacement représentent un coût important, et ne peuvent que s'investir peu, du fait de la durée. Ils sont aussi sources de diminution de la qualité et de la sécurité pour le patient résident.

Le CHMB a pour l'instant, pour les équipes soignantes, un absentéisme sensiblement plus bas que la moyenne nationale.

Personnel	2017	Etablissement qui ont un budget inférieur à 70 millions d'euros
Médical	0,91 %	2,9%
IDE	5,26 %	7,9%

AS –AMP	9,50 %	9,1%
Personnels de soins	8.23%	8,5%

Depuis la fusion, le taux d'absentéisme est quasiment inexistant chez les médecins, et bien en deçà pour les IDE. A l'échelle nationale, on constate un écart de 2 points entre le taux d'absentéisme des IDE et des AS, AMP. Avec la fusion, cet écart s'accroît puisqu'il est de 4 points entre les IDE et les AS, AMP. Cette tendance reste à confirmer dans les années à venir. Concernant les AS et les AMP qui représente la propension d'agents la plus importante pour le groupe, on constate un taux d'absentéisme supérieur à la moyenne. Une étude en RH doit être menée pour identifier les causes, en lien avec la démarche projet de la qualité de vie au travail.

L'objectif face à ces constats, est de diminuer ce taux d'absentéisme surtout pour les AS et les AMP, tout en retravaillant les maquettes RH des sites pour dégager plus d'efficacité organisationnelle. Il s'agit de redéfinir des maquettes organisationnelles adaptées et durables, en fonction des contraintes organisationnelles, temporelles et spatiales. Il convient en effet, d'éviter toutes dérives en limitant au maximum, le recours à l'intérim.

Il faudra prendre en compte aussi la dimension du recrutement et de l'attractivité des postes. Avec cette fusion, en théorie, l'attractivité devrait être renforcée en évitant la constitution de déserts médicaux. Une démarche prioritaire et dynamique de recherche de compétences doit être poursuivie en combinant les partenariats public/ privé. Le travail de mutualisation entre les sites et l'adaptation des effectifs à l'activité peuvent améliorer la recherche d'équité dans les charges de travail, et favoriser ainsi l'attractivité des recrutements. Avec les nombreux départs en retraite prévus, les ressources médicales et paramédicales risquent de diminuer. C'est pourquoi, elles doivent être anticipées au maximum. Désormais, ces recrutements deviennent un élément stratégique pour le groupe. Le niveau des ressources financières en dépend. En effet, les recrutements de médecins coordonnateurs conditionnent les niveaux des cotations des GMP et des PMP des Ehpad, et donc le montant de l'enveloppe financière des soins du groupe.

Pour attirer les professionnels détenant des compétences recherchées, de plus en plus rares sur le marché de l'emploi, il faut donc, surtout en zone rurale, mettre en avant l'identité, l'ancrage du groupe au sein de son territoire, sa pluridisciplinarité d'acteurs sachant travailler ensemble ainsi que son intérêt pour le développement d'une bonne qualité de vie au travail.

D) Trouver le bon équilibre sans détériorer la qualité de vie au travail du personnel

Avec cette nouvelle taille, qui offre plus de souplesse pour réorganiser les unités les moins efficaces, il convient d'être néanmoins vigilant à certaines dérives éventuelles en matière de management.

En effet, la qualité de vie au travail doit toujours être préservée pour mener à bien une réorganisation après une fusion. Dans le secteur sanitaire et médico-social où le travail peut vite devenir « usant » tant psychologiquement que physiquement, il est important de préserver de bonnes conditions de travail, soutenables et durables pour les équipes.

Si les moyens humains diminuent, « les gens ne sont plus disponibles »⁵⁷. « Le temps consacré aux demandes d'avis des collègues est réduit, voire supprimé »⁵⁸. La prise en charge des personnes âgées et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap nécessite un savoir-faire, une écoute et de l'empathie. Il est important de savoir prendre le temps pour accompagner, en plus des soins prodigués car le temps de résidents est lui aussi différent. Par ailleurs, la communication entre professionnels doit être privilégiée parce qu'elle assure une régulation interne et permet à ces derniers de s'autogérer.

Le ressenti lié à la relation travail va être conditionné par rapport à l'organisation du travail, aux cadences, au temps de travail, et au degré d'autonomie. Avec l'accentuation des pressions financières, la perception de ne plus bien faire son travail s'accroît. Les agents « ont toujours l'impression de courir après le temps ».

Pour éviter ce risque, il faut anticiper ce « demain ». Cette représentation du futur va être liée à la confiance accordée au groupe et à la direction. Porter un projet de réorganisation efficace des unités des sites doit avant tout être légitime, digne de confiance et partagé par l'ensemble des professionnels. L'enjeu est de conserver un dialogue social de qualité. L'absence de confiance dans l'équipe de direction peut nuire à la bonne marche du groupe. D'autre part, l'instabilité d'une gouvernance favorise l'absence de confiance. Cela peut même conduire à des tensions entre les catégories socio-professionnelles. La stabilité des directeurs dans leur poste apparaît essentielle pour garantir la compréhension du contexte et gagner la confiance de l'ensemble des agents.

⁵⁷ Entretien avec un agent soignant du CHMB

⁵⁸ Entretien avec un agent soignant du CHMB

C'est pourquoi, pour représenter ce « demain » de manière positive, il faudra réduire ce rapport à l'incertitude. En effet, plus le rapport au risque et à l'incertitude est grand, plus cela déterminera un sentiment de mal-être. L'incertitude peut être perçue comme une opportunité mais aussi comme un danger. Le personnel a besoin d'être rassuré sur les modalités des futures réorganisations. L'angoisse et la peur peuvent cristalliser les actions, laissant place à l'inaction, voir à l'établissement d'une véritable « ruse dans la mise en œuvre »⁵⁹ de ces organisations plus efficaces. Cette représentation négative du demain peut émettre le doute et rend le bien-être au travail plus difficile à se réaliser.

Pour permettre de conserver une certaine qualité de vie au travail, qui a indirectement des répercussions sur la qualité de vie des résidents, il faudra établir une communication multidirectionnelle, à la fois ascendante et descendante, voire transversale où les cadres intermédiaires seront des acteurs incontournables de ces réorganisations internes.

L'équipe de direction dans son approche de réorganisations post fusion, pourra ainsi conduire le changement, à partir de plusieurs moyens d'actions.

III) IDENTIFIER ET UTILISER LES LEVIERS RELATIFS A LA CONDUITE DU CHANGEMENT, LES ROLES ET PERSPECTIVES DU DIRECTEUR

La mise en place d'organisations RH efficaces demeure une question centrale pour le CHMB. Cette politique RH doit être conceptualisée autour de leviers opérationnels et stratégiques élaborés par la direction. La définition d'un « cap », le soutien envers les équipes qui vont réaliser ses efforts sont des conditions *sine qua non*.

A) Construire un nouveau projet stratégique de l'établissement, pour offrir plus de visibilité dans l'optimisation des organisations RH

Actuellement, il faut consolider le pilotage et la gouvernance du CHMB pour que la stratégie et la réorganisation RH ne soit plus statique. La définition d'un projet stratégique

⁵⁹ DUBOIS V, 2012, « Le rôle des street-level bureaucrates dans la conduite de l'action publique en France » HAL, archives-ouvertes.fr, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673>, 9p

intégrant un projet médical apportera de la cohérence et de l'efficacité à toutes les nouvelles organisations RH de ce groupe.

1) Etablir un projet médical de groupe autour des parcours

En tant qu'ex hôpital local, à l'interface de la prise en charge post aigue et du médico-social, le CHMB était déjà un acteur majeur dans la recherche de cohérence du projet médical avec son environnement, notamment dans la recherche de l'amélioration du parcours avec des liens forts entre la ville et l'hôpital.

Avec la fusion, mais aussi la mise en place du GHT et du projet médical partagé, cette attention particulière s'est renforcée et a pris une autre dimension.

En effet, cette fusion prend tout son sens avec un projet cohérent et solidement étayé permettant de donner une réelle signification au rapprochement des services de médecine, du SRR, des Ehpad, et du foyer de vie. Après l'acte juridique d'une fusion, il est important de ne pas trop tarder à formaliser un projet d'établissement unique et précis, de l'ensemble des sites intégrant les réorganisations d'activités administratives, logistiques et soignantes. Face au sentiment de « dépossession de certains agents avec cette nouvelle taille »⁶⁰, il convient de « bâtir un projet sanitaire, social et médico-social pour mieux s'armer pour l'avenir »⁶¹.

Afin d'éviter les risques de « défusion », le CHMB doit bâtir rapidement un projet médical fort et cohérent. A titre d'exemple, en 2006, le CH de Millau et celui de Saint Afrique sont redevenus autonomes car il a été impossible de mettre en place un projet médical commun. Par conséquent, la mise en commun des équipes médicales, soignantes et socio-éducative doit être facilitée afin que chacun s'approprie le projet et perçoivent clairement les contours des nouvelles organisations fusionnées. Celles-ci deviendront plus efficaces dans la durée. Si ce projet n'est pas suffisamment fort et explicite, la situation financière continuera à se dégrader. Pour engendrer des économies, il faut développer des activités porteuses d'efficacité et de sens en restructurant un certain nombre de services en interne. Du bien-fondé de ce projet stratégique, en dépend l'adhésion des professionnels et la réussite organisationnelle de cette fusion.

⁶⁰ Entretien avec Mme Bettler, ancienne DG du CHMB

⁶¹ Entretien avec Mme Bettler, ancienne DG du CHMB

Créer un parcours de soins et d'accompagnement interne à l'établissement doit être un des premiers axes de ce nouveau projet d'établissement. L'objectif final est toujours de placer le bon patient résident, au bon endroit et au bon moment. L'amélioration de la coordination intra-groupale se joue à plusieurs niveaux. Certaines expériences étrangères, notamment canadiennes⁶² démontrent qu'une prise en charge de qualité pour les personnes âgées est le résultat d'une bonne articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. Le CHMB possède grâce à la fusion, un bon nombre d'atouts. En structurant davantage le SSR, et en renforçant les complémentarités entre les Ehpad et le service de médecine, les synergies intersectorielles deviendront une réalité, à la fois moteur du décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et à la fois catalyseur de la performance.

Améliorer l'organisation interne et la fluidité des parcours au sein du groupe, créeront des associations qui iront au-delà, puisqu'elles s'inscriront pleinement dans le territoire en apportant des solutions efficaces et innovantes. En effet, l'établissement fusionné doit faire de son territoire une force et non pas une faiblesse. Le CHMB occupe déjà une place prépondérante. En tant que membre fondateur de la PTA « Appui Santé en pays de Fougères », pilote de la filière gériatrique du PMP du GHT Haute Bretagne, partenaire avec l'hôpital public spécialisé en psychiatrie du CHGR, membre du pôle santé Prosalica, il est basé au cœur des dynamiques locales pour favoriser la coordination des acteurs et améliorer les parcours des patients résidents. Son rôle territorial doit continuer à s'affirmer tout en menant un travail de co-construction avec d'autres structures et en décloisonnant davantage.

2) Décloisonner et travailler ensemble

En parallèle à l'amélioration de l'organisation interne des parcours patients résidents du CHMB, il faut poursuivre ce travail de décloisonnement et de cohésion avec un travail plus en profondeur et avec plus de la transversalité entre les acteurs de terrain. Le développement d'un travail transversal sera source d'efficacité organisationnelle.

Les communautés professionnelles territoriales de santé qui rassemblent d'une part, plusieurs équipes de professionnels assurant des soins de premier ou de deuxième recours avec des équipes médico-sociales, deviendront un outil et une solution novatrice

⁶² RICHARD MC, BOURQUE D, MALTAIS D, 2007, « La fusion des établissements de santé et de services sociaux. Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts ». QUEBEC, Erudit, Nouvelles pratiques sociales, p 151-164

pour organiser au mieux les parcours de santé. En effet, la participation active de maisons de santé pluriprofessionnelles, d'établissements de santé, d'établissements à but non lucratifs, de services d'hospitalisation à domicile, de services à domicile, et de structures médico-sociales définira un des socles de cette nouvelle construction autour du parcours patient résident. Mais cette structuration ne peut se réaliser sans la volonté des acteurs de terrain et suppose une collaboration plus étroite avec l'ensemble des établissements de santé avoisinants.

D'autre part, avec la mise en place du nouveau contrat territorial de santé, les missions en matière de coopération, de partenariat du CHMB pourraient à l'avenir, évoluer vers de nouveaux engagements. Le CHMB a la particularité d'être un établissement multisite sur un territoire qui s'étend sur environ 30 kilomètres. Sa proximité avec le centre hospitalier de Fougères peut apparaître comme une nouvelle opportunité, pour développer d'autres synergies infra-groupales. En effet, avec la raréfaction des ressources médicales, voir paramédicales parfois, et pour conserver la qualité du service rendu, il faut être le plus pro actif possible en agissant sur son environnement et en anticipant au maximum.

Cette vision prospective amène à réfléchir vers une coopération plus étroite avec le CH de Fougères. En effet, ces deux établissements possèdent des activités complémentaires, l'un comme le référent sanitaire, l'autre comme le référent médico-social. L'intérêt de ce type de rapprochement est de créer une cohérence et une pertinence des soins dispensés ainsi que de l'accompagnement proposé, à travers un parcours intégré inter-établissements. L'enjeu est d'éviter toute rupture de parcours de santé et de vie, en assurant une prise en charge et un accompagnement adapté aux besoins des patients résidents. Proposer un panel de soins et de prestations d'accompagnement, passant de la prévention, du diagnostic, au traitement d'une phase aiguë de troubles par exemple, jusqu'à l'hébergement et l'accompagnement dans le secteur médico-social, redéfinit et conduit de manière raisonnée l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale en conjuguant la qualité aux ressources. Tout en sauvegardant une offre médicale de proximité importante, ce rapprochement proposerait un véritable lieu de coordination complet autour de la personne âgée, en lien avec les services à domicile, l'HAD et les différents réseaux.

Par ailleurs, la recherche d'une labellisation des filières apporterait une meilleure réponse aux spécificités du patient résident. A titre d'exemple, le CH de Fougères pourrait réfléchir à la mise en place d'un service post-urgences gériatrique. Cette unité qui a vocation à accueillir des patients gériatriques de plus de 75 ans, nécessitant des soins de courte durée, désengorgerait les urgences. En cas d'hospitalisation, avec l'ouverture d'un PUG, les personnes âgées des Ehpad du CHMB ne transiteraient plus par le service des urgences et bénéficieraient d'une meilleure prise en charge de proximité. Ce service

éviterait parfois un placement inadapté à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes âgées.

C'est pourquoi, il faut continuer à encourager le développement d'organisations accueillantes pour les personnes âgées à travers ce partenariat inter-établissements. Ce rapprochement peut aussi devenir un nouveau point d'appui logistique et administratif indispensable. Les compétences techniques, administratives, logistiques et médicales peuvent se voir renforcer.

En effet, en dehors des travaux de convergence des systèmes d'information du GHT, la mutualisation des équipes inter-établissements, l'amélioration des process internes des systèmes d'informations de deux établissements peuvent favoriser le développement de certains projets numériques comme la télémédecine. Comme l'a indiqué Anne-Marie Armanteras-de Saxcé, directrice générale de l'organisation des soins, « Le numérique doit aller au-delà de l'impact traditionnel, le maître mot est celui de la mise en réseau de tous les acteurs : de ville, du sanitaire, du médico-social, du social, à l'instar de ce qui a été impulsé dans la loi de Santé ». Ainsi, le partenariat entre le CHMB et le CHF facilitera la mise en œuvre du « virage numérique⁶³ ». Avec le futur programme « e-parcours », la coordination par exemple, entre les futurs DMP et les futurs dossiers usagers des Ehpad ne sera que plus effective et complémentaire.

Mais toutes ces propositions demandent un accompagnement ciblé et efficace, répondant aux attentes des acteurs du terrain.

B) Accompagner pour réussir les réorganisations RH nécessaires

Ces projets de réorganisations demandent un accompagnement adapté aux différents professionnels. Certains devront être accompagnés plus longtemps que d'autres car ce changement culturel peut être vécu différemment, suivant les corps de métiers. Depuis la création de cette fusion, plusieurs outils peuvent être mis en place comme la redéfinition des modalités de remplacement.

1) Développer une politique de remplacement efficace

⁶³ Discours de Marisol Touraine sur la stratégie nationale e-santé 2020, le 4 Juillet 2016

La politique de remplacement doit répondre avant tout, aux besoins en moyens humains pour faire fonctionner de manière efficiente et qualitative les organisations.

Le développement du contrôle de gestion sociale permettra le suivi de plusieurs indicateurs, avec des alertes, en cas de dérives de gestion RH. Le suivi du taux d'absentéisme appartient à ces indicateurs RH importants dans le pilotage des organisations fusionnées. En effet, il peut révéler certains dysfonctionnements qualitatifs comme une dégradation des conditions de travail, ou encore être le reflet de difficultés des professionnels dans leur nouveau cadre organisationnel. Ses effets ne sont donc pas à minimiser puisque l'impact organisationnel peut être perceptible jusqu'aux patients résidents⁶⁴.

Avec des modalités de remplacement identiques entre les sites, et la mise en place d'un remplacement à 100%, les taux d'absentéisme constatés sont très disparates d'un site à l'autre. La typologie des arrêts peut être en partie, indicative sur le rapport au travail et aux organisations. Certains sites présentent en effet, un nombre d'arrêts courts inférieurs à trois jours plus importants que les autres et appelle à s'interroger sur les causes éventuelles. Les cycles de travail différents entre les sites ainsi que les différentes règles de gestion du temps de travail peuvent avoir des conséquences hétérogènes sur les conditions de travail des professionnels appartenant à la même entité juridique. Leurs représentations du travail, le bien être et le sens au travail peuvent également divergés d'un site à l'autre, avec l'apparition d'un sentiment d'iniquité. Le développement d'une culture commune demande du temps après la fusion. C'est le début du commencement d'une harmonisation des règles et des pratiques de travail entre les sites, complexe à réaliser.

L'harmonisation des pratiques en termes de gestion de temps de travail, devient ainsi une priorité managériale. En effet, l'application d'un nouvel accord de gestion de temps de travail sera le résultat d'une négociation avec les organisations syndicales où les conditions de travail et la qualité de vie au travail demeurent des enjeux incontournables. Un des chantiers de cette réorganisation RH est de préserver la bonne gestion des relations sociales.

⁶⁴ BRAMI L, DAMART S, KLETZ F, 2013, « *Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants* », Management et avenir, Ed Management prospective, p 168-189

Au CHMB, il est important d'avoir le même nombre de RTT entre les sites car la question du temps de travail a pour corollaire le dimensionnement des effectifs de chaque unité, l'équité et l'unité organisationnelle du groupe. Certains sites disposent de 12 jours de RTT, tandis que d'autres ont respectivement 14 ou 15 jours de RTT. Une étude de coût sur l'harmonisation du nombre de RTT, avec une réduction de deux à trois RTT pour certains sites, présente une économie substantielle mais risque de dégrader fortement le climat social. Une autre possibilité moins avantageuse financièrement mais plus acceptable dans le cadre de la gestion des relations sociales est de proposer une harmonisation à 13 jours de RTT pour l'ensemble du groupe. A titre d'exemple, sur un effectif comprenant 500 ETP, le passage de 20 RTT à 15 RTT représente 2500 jours de travail en plus.

Cette question d'égalité de la gestion du temps de travail doit être abordée en amont à l'interrogation d'une réorganisation des maquettes organisationnelles RH. L'existence des nombreuses marges d'actions sont réalisables que si elles garantissent plus d'équité et d'unité au groupe. Une fois, la réorganisation du temps de travail établie et la réorganisation des maquettes organisationnelles RH concrétisée, ces mesures impacteront directement le volume des mensualités de remplacements. La politique de remplacement sera donc plus efficace, notamment au niveau des services avec des très gros effectifs de jour.

Avec sa nouvelle taille, d'autres marges d'actions organisationnelles sont possibles. D'autres modalités d'absorption des effets de l'absentéisme sont envisageables et peuvent avoir en plus, des répercussions favorables sur la qualité de vie au travail des agents.

Actuellement, dès le premier jour d'arrêt, sur chacun des sites du CHMB, le dispositif de remplacement prévoit en premier lieu, l'appel à du personnel contractuel en évitant autant que possible le recours à de l'intérim. Cette modalité de remplacement engendre une surcharge de travail pour le personnel titulaire qui doit constamment former ces agents contractuels différents, d'un remplacement à un autre. Finalement, ce processus détériore les conditions de travail. Mais ce mode de gestion permet de garantir aux titulaires une planification du travail plus stable, avec des roulements de service moins aléatoires. Cette procédure de remplacement systématique peut même « autoalimenter une part de l'absentéisme »⁶⁵, générant des coûts supplémentaires en effectif. Pourtant, les cadres sont favorables au maintien de ce dispositif car les agents titulaires ne veulent pas faire

⁶⁵ Entretien avec M Ledoyen, directeur des soins honoraire, ancien responsable formation des directeurs de soins à l'EHESP

d'auto remplacement et cherche à garantir leur équilibre vie privée/ vie professionnelle. « Ils ne veulent pas revenir sur les jours de congés »⁶⁶. Par ailleurs, ce procédé a l'avantage pour les cadres, de faciliter la gestion des plannings, notamment avec les cycles de travail. Remettre en cause ce mode de gestion de l'absentéisme, c'est « revenir sur les acquis du passé », avant la fusion.

C'est pourquoi, pour améliorer la politique de remplacement en lien avec la taille importante du groupe, il faut s'interroger sur un autre scénario, et notamment sur la pertinence d'un dimensionnement d'un « pool de remplacement ».

En substitution des remplacements systématiques, cette unité supplémentaire serait composée de personnels titulaires, volontaires pour effectuer uniquement des remplacements de personnel, affectés au gré des besoins sur les différents sites. Cette modalité de gestion de remplacement repose avant tout sur une certaine flexibilité du travail et sur une mobilité géographique du personnel. Ce dispositif évite ainsi un accroissement de charge de travail pour les agents titulaires sur chaque site, en préservant leur bien-être au travail. Cependant, en contrepartie, ce mécanisme n'offre que très peu de visibilité sur la durée des remplacements pour les agents qui y sont affectés. Il suppose plus de polyvalence, de mobilité et d'adaptabilité. Ce procédé peut en outre, empêcher un engagement au travail aussi important que dans une équipe stable. Pour éviter ces risques, il serait sans doute souhaitable d'avoir deux pools⁶⁷, répartis en fonction du territoire et des particularités des sites. En effet, la mobilité géographique peut être un frein aux recrutements dans ce type de service. Mais il ne faut pas oublier que pour rester efficient, ce ou ces pools doivent être bien dimensionnés au regard de la demande totale annuelle de remplacement. Ce calcul du dimensionnement traduira un équilibre annuel cumulé des absences courtes, résultant de la somme des déséquilibres quotidiens d'absences imprévues⁶⁸.

Au-delà de la création d'un ou deux pools, pour améliorer cette efficience organisationnelle, il serait judicieux d'élaborer un guide de gestion des plannings, à destination des cadres. En effet, ces derniers ne sont pas dotés d'outils de référence pour leur permettre de mettre en œuvre cette harmonisation de la politique de remplacement entre les sites. Il faut offrir aux cadres des capacités d'intervention dans ce domaine, à l'origine de leur cœur de métier. Il s'agit aussi de les habituer à travailler ensemble. La

⁶⁶ Entretien avec une IDE du CHMB

⁶⁷ Entretien avec Sabine Cagnon, DRH du CHMB

⁶⁸ GROLIER J, 2013, « Gestion financière et pilotage médico-économique des pôles hospitaliers », Rennes, presses de l'EHESP, 243p

construction d'un planning peut paraître à première vue simple, du fait du suivi de la réglementation. Mais comme l'a rappelé le rapport Laurent⁶⁹ en 2016, « presque aucun cycle de travail ne respecte toutes les règles comme les quatre repos hebdomadaires sur 14 jours, un week-end de repos sur deux, une semaine de moins de 44 heures. Les gestionnaires sont amenés à faire des choix ». Derrière cette difficile application de la réglementation, qui se doit être équitable entre les soirs, les matins et les nuits, se cachent des hommes et des femmes qui ont certaines aspirations et contraintes qui ne vont pas toujours dans le sens d'une optimisation de la gestion des ressources humaines.

Dans ce type d'opérations de réorganisation RH, la communication et l'accompagnement deviennent primordiales.

2) Communiquer, accompagner et permettre un management à la confiance

Quelle que soit la taille, la communication est la pierre angulaire de la réussite des projets à mener. La stratégie de communication doit porter sur la visibilité et la place des organisations des sites.

Avec plusieurs sites et la variété offerte des modes de communication, la politique de communication reste un enjeu dans la réussite de ces mutualisations. Comme le disait Philippe Zarifian, « mutualiser, coopérer, c'est communiquer »⁷⁰. Anticiper les impacts du changement d'organisation sur l'emploi, les organisations de travail et les compétences supposent de communiquer efficacement. C'est pourquoi, dans la mise en place de réorganisations de travail, il est important de bien diffuser les messages à l'ensemble des professionnels et des usagers. En effet, si les informations ne sont pas diffusées dans leur intégralité et comprises par ces derniers, une certaine défiance à l'égard de la direction va rapidement se propager. Un plan de communication doit mettre en avant des actions permettant d'entrer concrètement dans ce changement organisationnel. Au-delà de la mutualisation du livret d'accueil des différents sites, il s'agira d'actualiser les sites internet et intranet auprès des professionnels et des usagers, de créer un journal interne trimestriel diffusé par une équipe chargée de la communication. Mais par opposition à ces médias pauvres⁷¹, il faudra privilégier d'autres canaux de communication comme les

⁶⁹ LAURENT P, mai 2016, « Rapport sur le temps de travail dans la fonction publique », établi par Philippe Laurent, président du conseil supérieur de la fonction publique territoriale », 190p

⁷⁰ ZARIFIAN P, « Compétences et stratégies d'entreprise. Les démarches compétences à l'épreuve de la stratégie des grandes entreprises », Paris, Editions Liaisons, 2005, 191p

⁷¹ Les médias pauvres concernent les réseaux sociaux, les courriels, le journal interne, les notes de services

médias riches. En effet, la communication orale, plus personnelle et chaleureuse, avec par exemple des entretiens face à face, ou des discussions en petits ou grands groupes, sont davantage rassurante pour les équipes. Elle permet d'impliquer plus encore les parties prenantes, et de donner du sens. Elle valorise aussi la reconnaissance envers le personnel et facilite l'adhésion au projet de réorganisations internes des sites.

Les cadres de proximité ont aussi un rôle clé dans la diffusion de cette communication. Ils organisent le relai d'informations de la direction auprès des équipes. Avec la fusion, le positionnement et le management intermédiaire des cadres se modifient peu à peu. Ils peuvent être amenés à gérer des équipes aux dimensionnements différents, sur un périmètre géographique qui se modifie aussi. De plus, ce sont souvent les premiers à faire face à une crise dans leur équipe, lors de changements organisationnels. Ils sont plus souvent sollicités et sont amenés à monter en compétence. Avec la fusion, ils sont davantage positionnés comme des « responsables d'exploitation »⁷². Leur nouveau profil exige désormais un fort potentiel managérial, à la fois gestionnaire, animateur des projets, et interlocuteur direct avec le personnel, les usagers et les familles. A l'heure actuelle, certains d'entre eux se sentent démunis⁷³, notamment dans la gestion des plannings, avec les compteurs et les roulements. Tout au long de ce changement organisationnel, il faut leur apporter ce dont ils ont besoin, en ayant une écoute active et attentive. Il est nécessaire de se donner les outils et les moyens individuels et collectifs pour les accompagner. Il faut qu'ils puissent eux-mêmes accepter les changements et les véhiculer de manière positive.

Pour ce faire, une cellule d'accompagnement *ad hoc* interne doit être mise en place. Ce choix permet d'avoir une plus grande légitimité et proximité vis-à-vis des cadres. Il permet en outre un accompagnement individualisé en s'appuyant sur une analyse de l'existant, avec par exemple, la mise à plat des roulements et la réorganisation des maquettes RH. Il renforce aussi les liens entre l'encadrement de proximité et la direction. Cet accompagnement doit prévoir du temps, pour préparer au mieux les professionnels aux nouvelles organisations plus efficaces. Il faudra en effet, sensibiliser aux enjeux managériaux, financiers et RH. C'est un véritable « changement culturel pour les cadres »⁷⁴ qui s'opère. La mise en place d'une chartre des plannings, la révision de la procédure de recrutement, et l'attribution d'une enveloppe de mensualités de remplacement supposent un accompagnement adapté où le cadre supérieur aura un rôle majeur. L'expertise de l'encadrement supérieur doit permettre la réussite de ces projets de réorganisation en RH.

⁷² Mémoire Thévenot MA, DESSMS 2015 2016

⁷³ Entretien avec Sabine Cagnon, DRH du CHMB

⁷⁴ Entretien avec Sabine Cagnon, DRH du CHMB

Mais ces changements tournés vers l'efficacité n'ont de sens que s'ils sont le reflet d'un management humaniste tourné vers la confiance.

Le management à la confiance n'est possible qu'avec une certaine souplesse dans les organisations. Le sentiment d'écoute, de proximité, et de respect entre le personnel et la direction reste un élément indispensable dans cette démarche projet. Créer un sentiment d'appartenance en développant des valeurs propres au groupe va permettre de constituer un « précieux capital immatériel » qui fera fructifier ces nouvelles organisations, avec une culture commune. Disposer de ressources telle que la confiance favorise un contexte de partage, de bienveillance et « multiplie les intelligences interactives ».

A l'heure où l'actualité des Ehpad met en avant une crise sans précédent, il faut permettre aux équipes à se réaliser davantage, pour qu'elles puissent « nourrir le collectif ». Il faut peut-être construire autre chose où l'auto-décision des professionnels accélère les initiatives prises dans l'intérêt du groupe⁷⁵. Mais ce mode managérial induit à son tour aussi, une véritable révolution culturelle. La direction, devrait dans cette hypothèse, réviser son rapport au pouvoir avec non plus un « rapport au pouvoir sur mais un rapport au pouvoir pour »⁷⁶.

En dépit de cette réflexion sur la libération du management, il existe des outils RH probants qui ont démontré leur efficacité pour conduire des opérations de restructurations, après une fusion.

3) Utiliser des nouveaux outils RH

Pour parvenir à mettre en place ces organisations plus efficaces, plusieurs outils RH peuvent être mis en place.

En effet, une des opportunités de cette fusion amène à réfléchir sur la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Beaucoup d'Ehpad autonomes ne disposent pas actuellement d'une GPMC. On constate que 70% des petits établissements sanitaires et médico-sociaux ne peuvent pas mettre en place ce genre de démarche⁷⁷.

Pour le CHMB, ce projet est réalisable du fait de sa nouvelle taille. La fusion appelle à développer certaines compétences, à en réduire ou à en supprimer d'autres. A titre

⁷⁵ DOUGLAS MCGREGOR, 1960, « The Human Side of Enterprise, Mc Graw Hill », Ed McGraw Hill Higher Education,256p

⁷⁶ TOM PETER, 1993, « Entreprise libérée, libération du management », Paris, Dunod,674p

⁷⁷ Site ANFH, guide de la gestion prévisionnel des métiers et des compétences

d'exemple, il a été créé des postes de responsables dans les services des systèmes d'information, et au service RH. L'anticipation était nécessaire. Il faut voir plus loin pour conserver les compétences et les talents, éléments clé de la réussite de la fusion.

Avec le redéploiement et la mutualisation des services administratifs, où le service RH s'est spécialisé et professionnalisé, cette démarche apporte déjà une véritable plus-value pour le groupe. En modernisant et en uniformisant les évaluations professionnelles, la mise en place d'une cartographie des métiers et des compétences inter-sites permettra une remontée riche en informations, des souhaits de mobilité et des besoins en formation de chaque agent du CHMB. Ce processus valorise les compétences puisqu'il offre un diaporama du niveau de maîtrise des compétences de chaque professionnel, et de manière objective. Il permet aussi le développement du capital humain. Cet outil est d'autant plus intéressant car il développera les compétences managériales nécessaires aux cadres pour répondre mieux à la nouvelle dimension de la structure et la création de cette nouvelle culture RH.

En outre, pour développer une culture commune aux sites, il faudra lancer un programme ambitieux de mobilité interne. Ces mouvements internes doivent être proposés et reposés sur la base du volontariat. De plus, ces changements d'affectation plus systématiques renforceront la cohésion du groupe, en créant un « *melting pot* » inter sites.

A ce « *turnover* » interne, le développement de trajectoires de carrière motivante doit être fortement encouragé, par le biais d'enveloppes de promotions professionnelles importantes. Il est nécessaire d'encourager les agents à être ce qu'ils peuvent devenir. C'est un excellent levier de motivation.

Il peut paraître judicieux, par ailleurs, de réfléchir à une optimisation des tâches effectuées par certains professionnels. En effet, à titre d'exemple, les IDE dans les Ehpad consacrent une bonne partie de leur temps à la préparation et à la distribution des médicaments. Le circuit du médicament peut sans doute être plus efficient et sécurisé, à travers un appui robotique et technique. Avec sa taille, et dans le cadre de la mise en place de PUI gérée avec le GHT, il convient d'étudier l'opportunité d'acquérir un robot de préparation des médicaments afin de recentrer les missions des IDE sur le cœur de métier.

Pour réorganiser et utiliser en définitive tous ces outils RH, la fusion offre ainsi des solutions alternatives uniques et novatrices, à la condition de décroisonner les organisations ayant des activités identiques. Les services de blanchisserie des 4 sites sont actuellement isolés chacun de leur côté, et amène à réfléchir à un autre mode de réorganisation plus efficient.

C) A travers l'exemple de la création d'une blanchisserie inter sites, la fusion représente un atout en terme de réorganisations efficaces des RH

Pour réorganiser les blanchisseries des différents sites, il convient de bâtir un projet structuré et partagé par les équipes.

1. Définir le projet de restructuration de la blanchisserie

Actuellement sur l'ensemble des sites, les blanchisseries internes sont gérées suivant un mode artisanal.

L'ancienneté élevée, avec une moyenne d'âge de 53 ans suggèrent une autogestion poussée du personnel. En effet, les 8 agents des 4 sites connaissent bien leur travail et leur environnement. Deux d'entre eux doivent partir en retraite d'ici la fin de l'année.

A la suite de la création de la fusion, la question de la restructuration des blanchisseries se pose et amène à s'interroger sur l'efficacité de ces services. En effet, sur les 4 sites, le matériel est vieillissant et présente une augmentation chronique des coûts avec du personnel peu qualifié. Travailler sur une mutualisation pertinente des 4 blanchisseries améliorerait le service rendu au patient résident.

Ce projet de modernisation, de mutualisation, et de convergence des pratiques présente de nombreuses conséquences en termes de gestion des ressources humaines. En effet, l'organigramme doit être modifié et choisi. Il faudra en parallèle, communiquer le plus tôt possible sur cet organigramme pour que chaque agent puisse se situer dans cette nouvelle organisation. Il mettra en apparence les liens hiérarchiques et fonctionnels qui existeront entre les agents ainsi que la définition d'un nouvel encadrement intermédiaire.

Un autre élément a toute son importance. Il s'agit du choix d'implantation de la future organisation. En effet, faut-il développer une ou deux blanchisseries pour l'ensemble des sites ? Ce choix conditionne les impacts organisationnels, internes et externes. Il faut également savoir si certaines blanchisseries sont plus facilement re-structurables que d'autres.

Ces choix modifieront inévitablement les conditions de travail des agents des blanchisseries. Ces décisions apporteront des changements de valeurs, avec une mise en commun du travail et une harmonisation à terme des pratiques professionnelles. Cette nouvelle culture se construira progressivement, autour de la constitution de cette nouvelle équipe.

Il faut avoir conscience de certains risques comme « la déstabilisation du collectif ». Avec la modification de ces organisations amenant un changement radical pour certains agents, il faudra veiller aux risques d'un passage d'un mode artisanal à un mode tayloriste. En effet, le contact avec les résidents des sites risque de se réduire, conduisant à plus « dépersonnalisations ». Certains agents peuvent se sentir dépossédés d'une partie de leur travail, en n'ayant plus la reconnaissance de leurs pairs et des usagers. Ce sentiment peut même être amplifié si les tâches sont moins valorisantes, plus répétitives, avec une cadence augmentée. Il faudra réfléchir dans les fiches de postes à maintenir un contact avec les familles, en proposant peut être des permanences sur sites. Si les postes de travail sont réorganisés de façon trop rigides, l'autonomie des agents sur leur propre travail peut être remise en cause. Il s'agit ici de trouver la bonne combinaison entre un travail de qualité et un travail quantitatif, avec des cadences de travail soutenables. Sinon, l'indicateur du taux d'absentéisme risque d'évoluer fortement à la hausse, engendrant un surcout financier et un cout de non-qualité pour le patient résident. Cet aléa hypothétique peut même remettre en cause l'efficacité de cette réorganisation.

D'autre part, la fidélisation du personnel dans cette organisation peut risquer d'être remise en cause, apportant plus de « *turn-over* ». Le sentiment d'appartenance au groupe peut s'amoinrir. En effet, si une forme de dénigrement et de démotivation se mettent en place, les agents vont aller chercher une nouvelle forme de reconnaissance dans d'autres unités, voir dans un autre établissement. De plus, le rapport avec les organisations syndicales peut être complètement modifié, aboutissant à des blocages dans la réalisation de ce projet. La dégradation de la gestion des relations sociales constitue aussi un risque.

C'est pourquoi, il est important dans ce mode projet, de détenir certaines compétences, et notamment de déployer un savoir-faire rassurant.

2. Développer un savoir-faire pour bien restructurer

Il existe un certain nombre d'outils et de moyens pour restructurer une organisation comme les services de blanchisseries.

Grâce à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences qui développe une cartographie des métiers et des compétences de chaque blanchisserie, il sera plus aisé de déterminer le nombre et le type de postes souhaités pour la nouvelle organisation. Il est important d'avoir une analyse très détaillée des tâches de chaque agent sur les sites pour bien restructurer.

En parallèle à cette étude, il faudra prendre en compte les répercussions liées à l'acquisition de nouveaux équipements. En effet, les évolutions techniques et numériques impactent le contenu des fiches de postes et de tâches. En analysant l'existant, plusieurs propositions de postes peuvent être suggérer comme un poste pour la réception et le tri du linge, un autre pour le prélavage et le lavage, un troisième concernant le séchage, les réparations et la préparation, un quatrième pour le pliage et le repassage, et un dernier pour le conditionnement et la répartition entre les sites.

Cette réflexion sur les postes conduit à une forte spécialisation des tâches. Il est nécessaire dans l'accompagnement de développer une formation adaptée et d'encourager une certaine polyvalence entre les agents pour éviter le désintérêt et la perte de motivation. Une rotation entre les postes représente un atout en termes de levier de motivation pour le personnel mais aussi en termes de gestion des remplacements. La productivité du travail peut augmenter. L'optimisation de l'organisation devient ainsi plus effective.

De plus, réorganiser déplace le pouvoir en interne. Des mobilités, des promotions sont plus facilement réalisables. Avant l'installation du matériel et son fonctionnement opérationnel, il faudra analyser l'éventail des reconversions possibles en consultant l'ensemble des services des différents sites. Tous les agents des blanchisseries actuelles devront être rencontrer par la direction afin d'identifier les potentialités.

Par rapport à la gestion des relations sociales, la direction doit prendre les devants, avec une communication directe et transparente pour faire face aux risques de rumeurs, de fuites, et de mobilisations syndicales. Dans cette réorganisation, le binôme DG/DRH doit être un véritable facteur de succès qui s'inscrit dans la durée et non pas un talon d'Achille. Il faut développer une logique d'alliés en soumettant par exemple, la constitution d'une commission chargée d'examiner les problèmes de reconversion et de réinsertion. Cette cellule de reconversion pourrait proposer des stages de formations, des réaffectations dans de nouveaux services, avec une phase transitoire et évaluative. Elle aurait pour finalité de développer l'employabilité des agents. En définitive, l'objectif est d'avoir une bonne anticipation de la gestion RH afin de réduire les impacts au maximum.

Par ailleurs, dans ce projet de réorganisation, la définition d'une nouvelle maquette organisationnelle sera à travailler. Le développement du contrôle de gestion sociale, avec

un suivi des effectifs et du budget, n'analysera pas seulement des indicateurs quantitatifs mais aussi qualitatifs. Un focus sur l'existence de doublons de postes évitables, sera réalisé autour d'une réflexion des mutualisations possibles.

L'étude des futurs départs en retraite ainsi que de mesures de départs anticipés permet d'opérer de façon moins brutale. Il faudra se poser la question si les départs en retraite doivent être forcement remplacés, avec la modification du fonctionnement de travail de cette nouvelle équipe.

Afin d'accompagner ce projet de restructuration des blanchisseries, le CHMB pourra également mobiliser le fond d'intervention régionale de l'ARS Bretagne au titre « des mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé »⁷⁸. Ce soutien financier pourrait permettre le financement d'actions de conversion professionnelle pour le personnel titulaire, le financement des volets GPMC, et éventuellement la mise en place d'une cellule locale d'accompagnement social.

De plus, lors d'une réorganisation, le management à la confiance reste essentiel. En effet, la direction va inmanquablement être confrontée à des difficultés, liées à ce sentiment de fragilisation de perte de repères de certains agents. Il faut être vigilant au développement de ce sentiment de culpabilité et à cette forte incertitude face à l'avenir que représente une restructuration.

La communication formelle mais aussi informelle reste incontournable dans ce projet.

3. La communication, toujours un leitmotiv dans la réorganisation

La communication entre les agents et la direction doit être privilégiée pendant cette période. Il faut même amener les agents à formuler une proposition d'organisation commune du travail.

Les modalités de communication ne doivent pas être oubliées pour anticiper de nouveaux problèmes qui pourraient survenir dans le futur. La régulation de conflit doit être anticipée à travers une consolidation du dialogue social. L'équipe de direction doit être à l'écoute, témoigner de l'intérêt aux remarques formulées. L'important consiste à impliquer les agents dans l'élaboration du projet pour faire face à ce changement. En fédérant autour d'un même but, le traitement du linge des résidents, la coopération doit se développer et

⁷⁸ l'instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013

instituer une relation constructive, sur un mode complémentaire. Pour cela, Il faudra donner une vision d'avenir qui encouragera chaque agent à s'adapter au changement pour en tirer profit. Il est important de les inciter à prendre des décisions, en leur permettant de se replacer dans cette nouvelle organisation post fusion. Ils doivent se sentir écoutés et respectés pour concrétiser la réussite de ce projet. L'instauration de réunions régulières pour faire le point sur le déroulement du projet de restructuration favorisera sa réalisation.

Et en dernier lieu, il est important de rester ouvert et de se laisser du temps pour les marges d'imprévus car c'est en construisant ensemble qu'un projet aboutit.

Conclusion

Ainsi, dans la mise en place d'une fusion, le facteur humain joue un rôle déterminant. Le rapport Lachmann, Larose et Penicaud⁷⁹, transmis au Premier Ministre en février 2010, indiquait que « tout projet de réorganisation ou de restructuration devrait mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement ».

A la suite d'une fusion, pour développer une organisation efficiente en matière de gestion des ressources humaines, il est primordial d'avoir un pilotage stable, capable d'établir une refonte des équilibres en ressources humaines. L'équité et la cohérence des organisations RH ne sont possibles qu'avec une stabilité de gouvernance. Parce que c'est à travers la construction d'un projet stratégique que l'on offre cette lisibilité tellement nécessaire aux agents, pendant cette phase de transition. La création de cette « organisation originale » ne sera possible que si la gouvernance décloisonne et amène les équipes à travailler ensemble. Il faudrait même aller au-delà, en s'ouvrant à une coopération inter-établissement.

Par ailleurs, sa nouvelle image ne sera renforcée que par l'harmonisation des pratiques et des procédures internes. L'uniformisation de la gestion du temps de travail est une des conditions premières à mettre en place avant de travailler les maquettes organisationnelles. En effet, les conditions de travail et le dimensionnement des effectifs doivent reposer sur un principe fondateur d'équité interne et d'unité. Ces valeurs doivent être portées parce qu'elles faciliteront le sentiment d'appartenance au groupe. Toutefois,

⁷⁹« Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail » – Lachmann H, Larose Ch, Penicaud M, rapport fait à la demande du Premier Ministre, remis en février 2010

cette harmonisation souhaitée est longue et complexe à réaliser. Elle doit s'opérer avec douceur pour devenir la réussite du groupe.

Le niveau d'absentéisme ainsi que le nombre de recrutements seront des indicateurs révélateurs du bon ajustement de cette politique organisationnelle. Les démarches accordées à la qualité de vie au travail ainsi qu'à la gestion des relations sociales seront aussi des variables porteuses de sens, dans la réorganisation RH post fusion.

Développer une gestion des ressources humaines capable de proposer des solutions novatrices, préservera l'équilibre financier et social dans cet environnement très mouvant. De la qualité de la conception d'une politique en ressources humaines à la réalisation de plans d'actions des réorganisations en RH dépendra le succès de la fusion. Grâce à sa taille, plusieurs outils et moyens sont envisageables. Il est vrai que chaque opération de fusion détient sa singularité, et que l'application de recettes identiques et transposables apparaît un peu compliquée du fait des cultures professionnelles différentes. Cependant, malgré les aspects protéiformes, certains process ont la capacité de tirer le meilleur de ces cultures, et de favoriser la réussite des réorganisations RH d'une fusion.

Le développement d'un contrôle de gestion sociale, la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, l'accompagnement renforcé des cadres, la création d'un pool de remplacement sont des outils RH envisageables avec une fusion. Leurs innovations organisationnelles témoignent de la recherche d'efficience en matière de gestion des ressources humaines.

En impliquant l'ensemble agents dans cette gestion du changement, l'organisation de la fusion ne sera que plus crédible et rassurante. Cette construction progressive de la confiance auprès du personnel permettra de mieux les accompagner, et de mieux restructurer, toujours avec plus d'efficience. La communication restera un des vecteurs incontournables de cette réorganisation. En l'associant à un management humaniste, proche des équipes, favorisant un style « maison » dépassant les égoïsmes inter sites, l'avènement de cette nouvelle identité commune valorisera sa solidité, son équité et son efficacité.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Article L6143-3-1
- Article L 6141-7-1 ; Article L 6143-1 ; Article R 6141-11 ; Article R 6141-10
- Code de la santé publique : Article L 6122-1 ; Article L 6141-1
- Code de l'action sociale et des familles, articles L 312-1 et suivants, L 312-5, L 313-1 à L 313-9, L 313-12, L. 313-12-2, R 313-1 à R 313-10-2
- Instruction DGOS/R2/R5 no 2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux
- Instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Ouvrages :

- BOLTANSKI L, THEVENOT L, 1991, « *De la justification. Les économies de la grandeur* », Paris, Gallimard, 496p
- CE. YILMAZ, S. FRIKHA, 2012, « *Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009* », Le panorama des établissements de santé 2012, Paris, Ed Dress, p 51-64
- COLLIN E, 2017 « *Le contrôle de gestion sociale, les guides pratiques, ressources humaines* » Le Mans, Ed GERESO, 139p
- DE POUVOURVILLE G, TIBI LEVY G, SPIRA R, MOISDON JC, 1997, « *Les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français* » Economie de la santé : Trajectoires du futur, Paris, INSEE Méthodes, p 244-259
- DOUGLAS MCGREGOR, 1960, « *The Human Side of Enterprise, Mc Graw Hill* », Ed McGraw Hill Higher Education,256p
- GROLIER J, 2013, « *Gestion financière et pilotage médico-économique des pôles hospitaliers* », Rennes, presses de l'EHESP,243p
- GROLIER J, MEDEE P, PERARD Y, 2014, « *Contrôle de gestion et pilotage de la performance médico-économique* », Rennes, presses de l'EHESP,336p
- MARTORY B, CROZET D, 2005, « *Gestion des ressources humaines : pilotage social et performances* » Paris, Editions Dunod, p 75
- MARTORY B, 2015, « *Contrôle de gestion sociale, salaires, masse salariale, effectifs, compétences, performance* », Paris, Ed VUIBERT, 376p
- OSBORNE DAVID, GAEBLER TED A, 1992« *Reinventing Governement, How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector* » Massachusetts. Plume, Ed Longman, p7

- PIGE BENOIT *entre autres, Management et contrôle de gestion*, Nathan, 2008, p. 9.
- TOM PETER, 1993, « *Entreprise libérée, libération du management* », Paris, Dunod, 674p
- ULRICH D, 1997, « *Human Resource Champions. The Next Agenda for Adding Value and Delivering Results* », Boston, Harvard Business school press, 280p
- ZARIFIAN P, « *Compétences et stratégies d'entreprise. Les démarches compétences à l'épreuve de la stratégie des grandes entreprises* », Paris, Editions Liaisons, 2005, 191p
- ZOLETTI C, 2015, « *Tout savoir sur la fusion hospitalière* », Rennes, Presses EHESP, 180p

Articles de périodiques :

- BRAMI L, DAMART S, KLETZ F, 2013, « *Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants* », Management et avenir, Ed Management prospective, p 168-189
- DE BODT ERIC, COUSIN JEAU GABRIEL, IMAD EDDINE GAEL, 2013, « *Fusions-acquisitions et efficience allocationnelle* », Revue d'économie financière, (N° 110), Ed association d'économie financière, p 15-43
- A DE CARHEIL, C TRIBALLEAU, décembre 2016, « *Autour des GHT* », Gestion hospitalière n°561
-
- DUMOND JP, 2006, « *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers* » Sciences sociales et santé, Ed JL Eurotext, p 97-127

- F FAMA EUGENE, 1970, « *Efficient Capital Markets : a Review of Theory and Empirical Works* », The Journal of Finance, Papers and Proceedings of the Twenty-Eighth Annual Meeting of the American Finance Association New York, N.Y. vol. 25, No. 2, p 384.
- LAUDE L., LOUAZEL M., 2012, « *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel* », Journal de gestion et d'économie médicales, Lyon, Ed Eska, p 93-106
- PASCAL FORCIOLI, Directeur de l'hôpital Simone-Veil, Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency (95) « *Quand l'hôpital s'organise, Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux* », Gestion hospitalière 2003, p 468-472
- RAIKOVIC M, octobre 2000, « Les fusions d'établissements », Décision santé n°165, p16
- RICHARD MC, BOURQUE D, MALTAIS D, 2007, « *La fusion des établissements de santé et de services sociaux. Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts* ». QUEBEC, Erudit, Nouvelles pratiques sociales, p 151-164
- RUELLE LC, ZEYNEP O, RENAUD T, septembre 2008, « *Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? – Enseignements de la littérature* », IRDES, Questions d'économie de la Santé n°135, p1-4
- VALLIN V, mars 2018, « *Évaluation de la charge en soins : Un outil d'efficience à l'usage de l'hôpital* », Gestions hospitalières, n°574

Rapports :

- ACKER D, BENSADON AC, LEGRAND P, MOUNIER C, Avril 2012, « *Management et efficience hospitalière, une évaluation des déterminants* », IGAS, Paris, 118p
- COUR DES COMPTES, 2011, « *Rapport La Sécurité sociale, chapitre les coopérations hospitalières* », Paris, p 259-286

- DHOS, 2014, « *Guide de la masse salariale* » Paris, 64p
- IGAS, LALANDE FRANCOISE, SCOTTON CLAIRE, BOCQUET PIERRE YVES, BONNET JEAN YVES, Juillet 2012, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* » IGAS, Paris, 273p
- LAURENT P, mai 2016, « *Rapport sur le temps de travail dans la fonction publique* », Philippe Laurent, président du conseil supérieur de la fonction publique territoriale », 190p

Mémoires :

- BLANC FONGARNAND M, 2012, « *Les enjeux de la fusion du Centre Hospitalier de Marcigny et de l'EPHAD de Semur-en -Brionnais, la fusion comme stratégie de pérennisation des structures sur le territoire et d'amélioration de leur fonctionnement* », Mémoire pour la formation DESSMS, EHESP, 58p
- CALVEZ P, 2010, « *La mutualisation inter-établissements : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social* », Mémoire pour la formation DESSMS, EHESP, 53p
- CHEVALLIER L, « *Le management de la phase d'intégration post-fusion : les enseignements de l'expérience du Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE 74)* », Mémoire pour la formation DH, EHESP, 50p
- LE FEUVRE H, 2014, « *Freins et leviers de la conduite de changement dans ce contexte de fusion d'établissements* », Mémoire pour la formation DESSMS, EHESP, 76p
- MASSOT M, 2014, « *Mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre (CREF) au Centre Hospitalier ALPHA, démarches, enjeux et préconisations* », Mémoire pour la formation DESSMS, EHESP, 55p
- THEVENOT MA, 2016, « *L'exigence du maintien de proximité par la direction dans le cadre de rapprochements de structures, regards croisés sur la stratégie*

directionnelle adoptée par le centre Hospitalier des Marches de Bretagne dan son projet de fusion d'établissements », Mémoire pour la formation DESSMS, EHESP,50p

- TRIBALLEAU C, 2016 « *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion, analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud Bretagne* », Mémoire pour la formation DH, EHESP, 46p

Sites Internet :

- ANFH, guide de la gestion prévisionnel des métiers et des compétences, disponible sur Internet : <http://www.anfh.fr/publications/guide-gestion-previsionnelle-des-metiers-et-competences-qpmc>
- DUBOIS V, 2012, « *Le rôle des street-level bureaucrats dans la conduite de l'action publique en France* », HAL, archives-ouvertes.fr, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673>

Liste des annexes

- **Liste des entretiens réalisés**

	Nom	Fonction	Lieu d'exercice
1	Mme S	Directrice adjointe	CHMB
2	Mme C	Directrice adjointe	CHMB
3	Mme U	Directrice adjointe	CHMB
4	Mme O	Directrice adjointe	CHMB
5	Mme B	Directrice adjointe	CHU Brest
6	M M	Représentant des usagers	Clic Fougères
7	Mme L	Directrice adjointe	ARS Bretagne
8	M P	Responsable du pôle de contrôle de gestion	ARS Bretagne
9	Mme B	Responsable des achats	CHMB
10	Mme C et D	Gestionnaires RH	CHMB
11	Mme G	Directrice adjointe	CH2P
12	Mme T	IDE	CHMB
13	Mme V	AS	CHMB
14	Mme C	Cadre de santé	CHMB

Grille d'entretien

Nature des entretiens : semi-directifs

Objectifs :

-Cerner la stratégie mise en place, les enjeux et le type de management à adopter pour réaliser des réorganisations efficaces au sein du groupe

- Identifier le rôle, les responsabilités de chacun des intervenants dans ce projet de restructuration, à la suite de la fusion

Liste des questions :

Contexte, historique de la fusion	<ul style="list-style-type: none">-Quelle est votre vision sur la création de cette fusion ? Comment avez-vous vécu cette fusion ?-Comment le CHMB a-t-il été accompagné dans la création de la fusion ?-Cette fusion n'amène-t-elle pas à dépasser la taille optimale de gestion ?
Enjeux du groupe	<ul style="list-style-type: none">-Quel est le positionnement du groupe face aux défis financiers, et en matière de qualité ?-Où en sommes-nous avec le GHT ?
Organisation interne du groupe	<ul style="list-style-type: none">-Faut-il réorganiser avec la fusion ? Comment opérer et accompagner ? Quelle politique de remplacement se dessine ? Quel point de vue sur la qualité de vie au travail ?-Comment bien évaluer la charge en soins ?-Comment améliorer l'efficacité des fonctions logistiques ?-Comment restructurer la blanchisserie ?
Aspects stratégiques	<ul style="list-style-type: none">-Y a-t-il des gains d'efficacité réalisables encore avec la fusion ?- Quels outils développés pour être plus efficace ?

- **Extrait du rapport du compte financier du CHMB 2017**

pages 2,10,11,12,14

Le présent rapport financier est présenté en application de l'article R 6145-44 du Code de la Santé Publique. Il retrace la gestion budgétaire et financière annuelle 2017 et est établi conjointement par l'ordonnateur et le comptable.

III. Les faits marquants de l'exercice

L'année 2017 a été marquée par les travaux de consolidation de la fusion absorption, au 1er janvier 2017, de trois établissements médicaux sociaux par le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne.

Pour rappel, il s'agit de :

- ⇒ L'EHPAD Les Acacias de Saint Georges de Reintembault, avec ses 110 lits dont 109 lits d'hébergement permanent et 1 lit d'hébergement temporaire,
- ⇒ L'EHPAD Les Landes de Tremblay avec ses 136 lits dont 92 en hébergement permanent, 36 en Maison de Retraite Spécialisée et 8 lits en Unité Alzheimer,
- ⇒ Le Foyer de Vie Le Chemin des Iles de Tremblay avec 75 places d'accueil de personnes handicapées dont 74 en hébergement permanent et 1 en accueil de jour.

Cette fusion a mobilisé les équipes administratives du CHMB en amont et en aval de ce processus et a mis en exergue le besoin d'accompagner la dynamique de croissance du groupe CHMB avec le renfort nécessaire dans les domaines de la gestion financière, des ressources humaines et des systèmes d'information.

Une convention de direction commune avec l'EHPAD et le Foyer de Vie de Bazouges la Pérouse a également été mise en place au 1er avril 2017, avec un temps de l'équipe de direction et de l'équipe administrative du CHMB spécifiquement dédié pour ces établissements.

1.2.2 Les équilibres bilanciaux

Trois grands équilibres sont examinés: le Fonds de Roulement Net Global, le Besoin en Fonds de Roulement et la Trésorerie.

- Le **fonds de roulement net global** (FRNG) est égal à la différence entre les ressources stables et les emplois stables.

Le FRNG s'élève à 7 186 K€ en 2017 (contre 3 314 K€ en 2016) soit une hausse de 116,81% (+3 872K€ en volume).

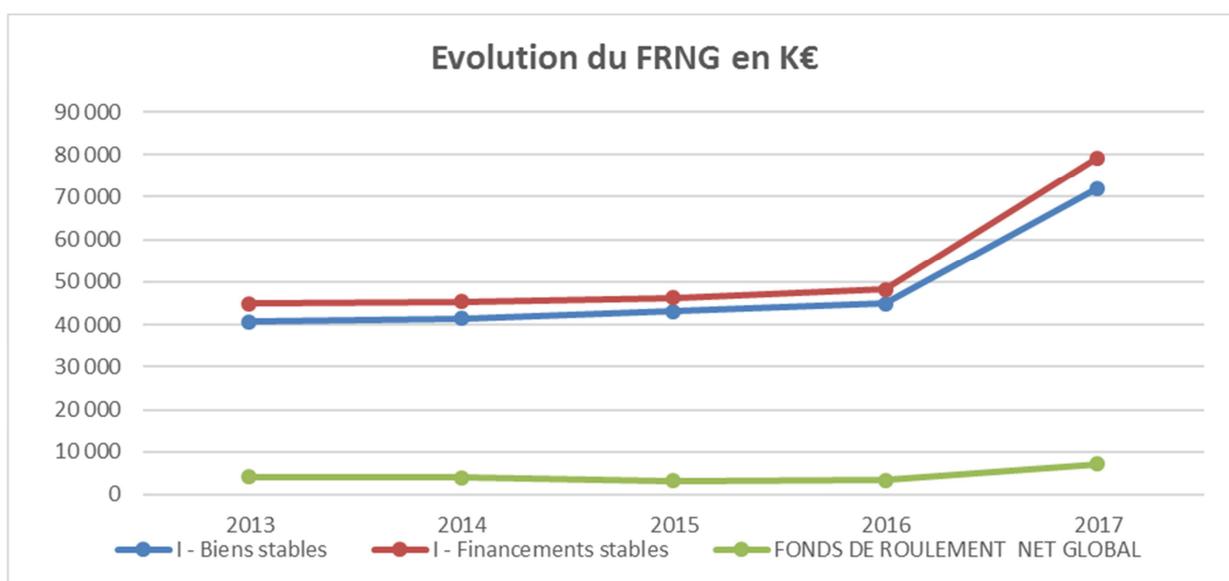
La reconstitution du FRNG pour 2016 avant la fusion est la suivante :

- EHPAD de Tremblay : 997 K€
- EHPAD de St Georges de Reintembault : 2 523 K€
- Foyer de Tremblay : 572 K€
- CH Marches de Bretagne : 3 314 K€

Soit un total de 7 406 K€

En comparant ce dernier chiffre à celui de fin 2017, on constate une légère diminution du FRNG (-2,98% soit -220K€ en volume).

	2013	2014	2015	2016	2017
Biens stables	40 751	41 391	43 147	44 949	72 100
Financements stables	44 928	45 326	46 297	48 263	79 285
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	4 177	3 935	3 150	3 314	7 186



- Le **besoin de fonds de roulement** (BFR) est la différence entre l'actif circulant et les dettes à court terme. Il représente le financement nécessaire à l'établissement pour son activité compte tenu du décalage entre le paiement des dépenses et l'encaissement des recettes.

Le BFR se détériore (+98% en 2017 contre +24% en 2016) en raison d'un accroissement des créances (+73,63% soit +1817K€ en volume) plus important que celui des dettes (+63,3% soit +1101K€ en volume).

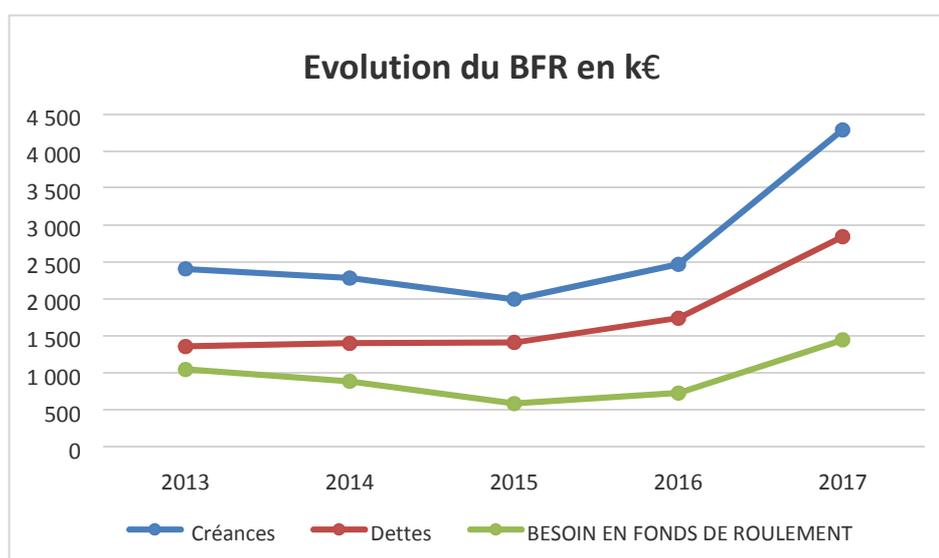
Ces dernières sont essentiellement impactées par le poste « dettes fiscales et sociales » (+77,36% soit +658K€ en volume) tandis que les créances sont portées par le poste « Départements » (+1393K€ en volume).

Dès lors le BFR représente 17,1 jours de charges d'exploitation contre 12,33 jours en 2016 mais reste éloigné de la médiane de la strate (24,54 jours).

	2013	2014	2015	2016	2017
Créances	2 405	2 283	1 996	2 468	4 285
Dettes	1 357	1 399	1 410	1 740	2 841
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	1 047	884	586	728	1 444

Deux facteurs font varier le BFR :

- le niveau d'activité : le volume des achats détermine celui des dettes, le volume des ventes détermine celui des créances ;
- l'organisation de l'activité : la vitesse de rotation des stocks, la durée moyenne du crédit client et du crédit-fournisseur détermine le niveau de chacun de ces éléments.



- La **trésorerie** résulte de la différence entre le Fonds de Roulement Net Global et le Besoin en Fonds de Roulement.

Elle peut aussi être définie comme la différence entre les actifs et les dettes dont la liquidité et l'exigibilité sont immédiates.



En raison de la progression à la fois du FRNG et du BFR, le niveau de trésorerie au 31/12/2017 progresse très fortement en passant de 2586 K€ à 5742 K€ (+ 3156 K€ en volume).

Elle permet de couvrir 68,07 jours de charges en 2017 contre 43,8 jours en 2016.

L'établissement se rapproche de la médiane de la catégorie mais le ratio reste tout de même légèrement inférieur à celle-ci.

1.4 PERSPECTIVES D'ACTIVITE POUR L'ANNEE EN COURS

Parmi les dossiers importants pour 2018, il convient de citer :

- La poursuite des travaux entrepris dans le cadre du plan d'actions défini au moment de la mise en place de la direction commune avec les établissements de Bazouges la Pérouse
- Les travaux de rapprochement entre le CHMB et le Centre hospitalier de Fougères visant à :
 - Consolider les organisations des deux établissements en sécurisant leur fonctionnement, en favorisant l'expertise, la proximité et le partage d'expérience sur les pratiques de soins ;
 - Renforcer l'attractivité des deux établissements en offrant un panel d'activité plus diversifié aux professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques et en renforçant ainsi l'offre de soins ;

Conforter le positionnement de l'ensemble des activités de ces deux établissements sur son territoire et vis-à-vis de ses partenaires et des autorités sanitaires.

- **Extrait du rapport d'activité du CHMB de 2017,**
pages 16,17,18

1. 6- Les partenariats



B. Capacités et chiffres clés

Le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne (CHMB) est un établissement public de santé dont la vocation première est d'exercer une activité sanitaire et médico-sociale de proximité. Dans une logique de développement du parcours de santé sur le territoire local, l'ensemble hospitalier permet de mieux organiser l'offre de soins sur le territoire, de mutualiser les compétences et de bénéficier d'une recherche accrue de la qualité.

L'offre se compose d'activités de médecine, de soins de suite et de réadaptation polyvalents et locomoteurs, de services de soins infirmiers à domicile, de foyer de vie et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en accueil permanent ou temporaire, en unité Alzheimer (accueil de jour, de nuit, permanent ou temporaire).

1. 1- Capacités de prise en charge

Implanté sur 4 sites, ce groupement représente **782 lits et places autorisés**, répartis comme suit :



➤ **78 lits et 10 places sanitaires :**

- 12 lits de Médecine dont 2 lits de soins palliatifs ;
- 23 lits de SSR polyvalent ;
- 33 lits de SSR spécialisé locomoteur et 5 places d'hospitalisation de jour ;
- 10 lits de SSR spécialisé neurologique et 5 places d'hospitalisation de jour.

➤ **538 lits et 6 places d'EHPAD :**

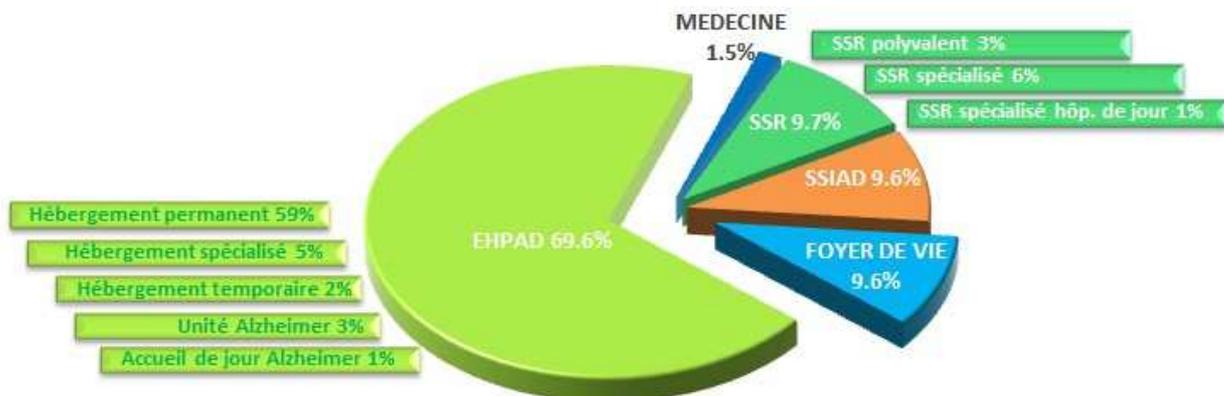
- 458 lits d'hébergement permanent classique ;
- 18 lits d'hébergement classique en accueil temporaire ;
- 36 lits d'hébergement spécialisé permanent ;
- 26 lits et 6 places pour des personnes atteintes d'Alzheimer selon 4 types d'accueil : Hébergement permanent / Accueil temporaire / Accueil de nuit / Accueil de jour.

➤ **75 places de SSIAD :**

- 72 places pour personnes âgées ;
- 3 places pour personnes handicapées.

➤ **75 places de Foyer de vie pour adultes**

Les activités sanitaires représentent 11,2% de l'offre de prise en charge du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne pour 88,8% d'activités médico-sociales.

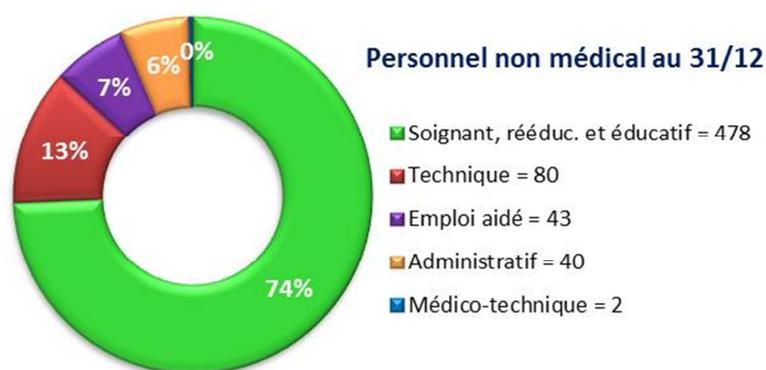


Ventilation des activités par site :

Au 1^{er} avril 2017, de par la convention de direction commune avec l'EHPAD et le Foyer de vie de Bazouges, ce groupement atteindra **950 lits et places autorisés**, dont 150 lits de Foyer de vie et 637 lits et places d'Ehpad.

2. 2- Les effectifs professionnels

Au 31 décembre 2016, **651 agents** sont rémunérés par le groupement (hors personnel intérimaire et extérieur dont 8 personnels médicaux et 643 personnels non médicaux. Au 1er avril 2017, ce nombre atteindra environ 750 agents.



3. 3- Le budget de fonctionnement

Le budget de fonctionnement au 1er janvier 2017 s'élèvera à 42 millions d'euros. Et au 1er avril 2017, il sera d'environ 50 millions d'euros.

4. 4- Moyens matériels

Le CHMB, ce sont également :

- **298 175** repas sont entièrement préparés par les cuisines ;
- **299,5** tonnes de linge ont été lavées en interne et en externe ;
- **261,6** tonnes de déchets ont été traitées ;
- **346 151** kms ont été parcourus par le parc automobile qui compte **28** véhicules.

Et par jour :

- **815** repas préparés ;
- **818** kilos de linge lavés ; ➤ **715** kilos de déchets traités ; ➤ **946** kms parcourus.

5. 4- Synthèse de l'activité

26 435 journées PMSI ont été réalisées en médecine et SSR, ce qui représente un taux d'occupation de 82% des lits et places installés.

DONNEES PMSI						
Activités sanitaires		nb séjours	nb journées ou venues PMSI	nb moyen lits /places occupé(e)s	Taux d'occupation	DMS PMSI
Médecine	Médecine	276	3 205	8.8	73.0%	11.6
SSR polyvalent	SSR polyvalent - Antrain	211	3 916	10.7	89.2%	18.6
	SSR polyvalent - St Brice	172	3 745	10.2	93.0%	21.8
SSR spécialisé	SSR spécialisé locomoteur - HC	195	8 624	23.6	71.4%	44.2
	SSR spécialisé neurologique - HC	88	4 234	11.6	115.7%	48.1
	SSR spécialisé locomoteur – HDJ (base ARS : 1,5 venues / place / 250 jours)	133	1 762	4.8	94.0%	13.2
	SSR spécialisé neurologique – HDJ (base ARS : 1,5 venues / place / 250 jours)	85	949	2.6	50.6%	11.2
Total sanitaire*		1 134	26 435	72.2	82%	

131 014 journées médico-sociales (y compris les réservations) ont été constatées, ce qui représente un taux d'occupation de 96.2% des lits et places autorisées.

DONNEES ADMINISTRATIVES					
Activités médico-sociales	Admissions	Journées / venues réalisées	Journées ou venues (yc réserv.)	Nb moyen lits /places occupé(e)s	Taux d'occupation

EHPAD	Hébergement permanent classique	89	90	92		98%
			954	637	253.1	
	Accueil temporaire classique	250	6	6		104%
			384	484	17.7	
	Hébergement permanent Alzheimer	14	5	5		103%
			416	663	15.5	
	Accueil temporaire Alzheimer	20		526		72%
			522		1.4	
	Accueil de nuit Alzheimer	-		-		0%
	Accueil de jour Alzheimer (6 jours / semaine et hors jours fériés)	9	1	1		82%
			499	499	4.9	
Total EHPAD*		341	104	106		98.3%
			775	809	292.6	
SSIAD	SSIAD personnes âgées	35	21	23		87%
			674	054	63.0	
	SSIAD personnes handicapées	3	1	1		105%
			077	151	3.1	
Total SSIAD		36	22	24		88.2%
			751	205	66.1	
Total médico-social		377	127	131		96.2%
			526	014	358.8	

* Le total des admissions exclut les mutations internes entre services d'une même discipline (ex : SSR vers SSR, EHPAD vers EHPAD,...).

- Extrait de l'audit des blanchisseries du CHMB,

pages 4, 17-20, 34

1 EXPOSE PREALABLE

Le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, né de la fusion au 1er Janvier 2017 des sites d'Antrain, de Saint-Brice-en Coglès, de Saint-Georges-de-Reintembault et de Tremblay, souhaite étudier l'opportunité de mutualiser le fonctionnement de ses blanchisseries géographiquement proches, **une distance maximale de 40 km** les séparant les unes des autres. La prestation de traitement du linge hôtelier est externalisée auprès de la BIH de Taden pour l'ensemble des sites. Les 5 blanchisseries traitent principalement des vêtements de travail et du linge de résidents pour un volume journalier global d'environ **850 kg de linge**.

Les outils de production étant vieillissants et les conditions relatives à la maîtrise de l'hygiène n'étant pas toujours respectées, une mission d'audit a été lancée, avec l'appui de l'ARS, sur les différents sites du CHMB et sur celui de Bazouges la Pérouse (actuellement en direction commune). L'objectif de la mission est de dresser un état des lieux, d'éclairer l'établissement sur les modalités de réorganisation et de permettre de prioriser les investissements à réaliser.

Dans le cadre de cette opération, le CHMB s'est attaché les compétences de Cofitex, prestataire extérieur spécialisé dans le domaine d'activité de blanchisserie pour **réaliser une mission d'expertise pour le CHMB.**

Cette étude doit permettre à l'établissement de choisir de façon éclairée la solution optimale pour la fonction linge, en précisant notamment les modalités de modernisation de locaux et/ou d'investissement en équipements tout en tenant compte des contraintes économiques et sociales qui en résulteraient.

L'analyse des structures existantes a montré que les blanchisseries actuellement présentes sur les différents sites sont fonctionnelles et adaptées aux besoins des établissements. La prestation rendue est de qualité et apporte satisfaction aux résidents et au personnel.

Cependant il a été noté une véritable disparité sur les fonctions qu'elles assurent que ce soit dans le type de linge traité (vêtements de résidents et/ou tenues professionnelles), le type de prestation rendue (couture, marquage, distribution en chambres et/ou lingerie, ...) ainsi que les modalités et fréquences de collecte et de distribution.

L'état des locaux et des équipements sont également différents selon les sites :

- Site d'Antrain : bâtiment plutôt ancien mais en bon état avec des équipements en partie renouvelés
- Site de St Brice : bâtiment et équipements neufs
- Site de St Georges : bâtiment et équipements plutôt récents
- Site de Tremblay : bâtiment plutôt ancien mais en état acceptable avec des équipements en partie renouvelés □ Site de Bazouges : bâtiment en mauvais état et équipements anciens

Des investissements sont donc à envisager à court terme a minima sur le site de Bazouges.

Concernant l'hygiène et les procédures relatives à la fonction linge, il convient d'accroître la sensibilisation aux bonnes pratiques à mettre en œuvre pour assurer la qualité microbiologique dans l'ensemble du circuit.

Le coût de la fonction linge est quant à lui relativement élevé mais reste raisonnable compte du fait qu'il y a une part très significative de linge de résidents à traiter.

Compte tenu de ces éléments, à ce stade, les scénarios suivants nous semblent envisageables :

- Scénario n°1 : conserver la configuration existante en prévoyant la rénovation des sites de Tremblay et Bazouges
- Scénario n°2 : regrouper l'ensemble du linge traité en interne sur un seul site avec un ajustement du tonnage (a priori le site d'Antrain, le seul ayant la surface nécessaire pour traiter l'ensemble des sites)
- Scénario n°3 : conserver 3 unités de traitement au lieu de 5 pour traiter le même tonnage (Antrain qui traiterait Bazouges et Antrain ; Tremblay qui traiterait Tremblay et St Brice ; St Georges seul)

Scénario n°4 : sous-traiter le traitement de l'intégralité du linge auprès de la BIH (à titre de comparaison, la solution ne nous semblant pas pertinente compte tenu du délai de traitement que cela impliquerait pour le linge de résidents).

IV. 3 SCENARIO N°2 : REGROUPER L'ENSEMBLE DU LINGE TRAITÉ EN INTERNE SUR LE SEUL SITE D'ANTRAIN AVEC UN AJUSTEMENT DU TONNAGE

Ce scénario consiste à confier à la BIH la prestation de traitement du linge hôtelier et des tenues professionnelles et de conserver en interne sur un site unique le traitement du linge de résidents de St Georges, de Tremblay et de Bazouges ainsi que du linge fragile de tous les établissements.

A. 3.1 ESTIMATION DES BESOINS

Nous avons pris l'hypothèse que les tenues de travail seraient concédées à la BIH.

	Site d'Antrain	Site de St Brice	Site de St Georges	Site de Tremblay	Site de Bazouges	Total	Répartition
Linge hôtelier	538	345		300			
Linge ménage	79	84	204	55	175	1 780	69%
Linge résidents	100	76	104	206	190	676	26%
Linge fragile	38	34	30	16	15	133	5%
Total à traiter	756	539	338	577	380	2 589	100%

	Site d'Antrain	Site de St Brice	Site de St Georges	Site de Tremblay	Site de Bazouges	Total	Répartition
Linge traité par la BIH	717	421	204	300	175	1 817	70%
Linge traité en interne	38	119	134	277	205	772	30%
Total	756	539	338	577	380	2 589	

Le linge de résidents et le linge fragile des sites représentent un tonnage **d'environ 770 kg/jour**.

B. 3.2 ETUDE TECHNIQUE

1. 3.2.1 BATIMENT

Compte tenu du tonnage à traiter, seul le site d'Antrain d'une superficie de 265 m² est en capacité d'accueillir le traitement du linge de résidents et du linge fragile. En effet, les sites de St Brice et de St Georges, bien qu'en bon état, sont d'une surface trop réduite tandis que celui de Bazouges est en mauvais état et celui de Tremblay mal configuré pour accueillir l'ensemble des équipements.

Afin d'accueillir les nouveaux équipements, nous prévoyons la reconfiguration du local ainsi que les raccordements des équipements transférés.

3.2.3 INSTALLATIONS TECHNIQUES

Au niveau des installations techniques, nous sommes partis de l'hypothèse qu'elles étaient suffisamment dimensionnées compte tenu du fait que la blanchisserie a auparavant traité l'ensemble du linge du site (qui représente quasiment le même tonnage que celui envisagé).

3.3 PERSONNEL

Compte tenu du fait que la productivité existante est conforme à la moyenne, le nombre de personnes affecté au traitement du linge de résidents a été estimé sur la base d'une productivité de 38 000 kg/an/ETP soit 5 ETP pour un tonnage de 770 kg de linge par jour.

3.4 ETUDE ECONOMIQUE

Les coûts sont indiqués toutes taxes comprises.

Valeur juillet 2018.

3.4.1 HYPOTHESES FINANCIERES

Les hypothèses financières retenues pour le calcul du coût de l'unité d'oeuvre sont les suivantes :

- Financement de l'opération sans fonds propres et par emprunt pour la totalité,
- Frais financiers des emprunts : annuité correspondant à l'année en cours,
- Amortissement linéaire,
- Amortissement des équipements sur une période de 10 ans (pour un fonctionnement de 7h/jour),
- Amortissement des travaux sur une période de 20 ans,
- Financement des équipements sur 10 ans, emprunt à 100 %, taux de 2 %, remboursement de prêt à capital constant.
- Financement des travaux sur 20 ans, emprunt à 100 %, taux de 2,5 %, remboursement de prêt à capital constant.

D'autres solutions sont envisageables pour le financement (crédit bail par exemple). Elles impacteront à la hausse le coût de l'unité d'oeuvre mais éviteraient le recours à l'emprunt.

3.4.2 HYPOTHESES D'EXPLOITATION

Les hypothèses d'exploitation retenues pour le calcul du coût de l'unité d'oeuvre sont les suivantes :

- Tonnage identique à celui de 2017
- Consommations d'énergie sur la base d'une estimation par kg de linge lavé
- Prix unitaires des énergies du site (montant de 2017)
- Amortissements liés aux équipements actuels récupérés (annuité de 2017 reprise)
- Amortissements liés aux nouveaux investissements
- Frais financiers liés aux nouveaux investissements
- Transports : montant estimé sur la base d'une distribution du linge de résidents tous les jours sur l'ensemble de sites (logistique en étoile – un aller-retour par site qui pourrait être optimisée) et qui comprend :
 - Frais de personnel : estimé sur la base du temps agent calculé en fonction des temps de trajet et de chargement-déchargement ainsi que d'un coût unitaire identique à celui du personnel logistique de site

Location véhicule : estimé sur une location mensuelle selon le kilométrage à parcourir ○

Carburant : estimé sur la base du kilométrage à parcourir et d'une consommation de carburant

Analyse de l'existant

	Existant						Scénario n°1 - restructurer les sites de Tremblay et Bazouges						Scénario n°2 : regrouper sur une unité	Scé
	Site d'Antrain	Site de St Brice	Site de St Georges	Site de Tremblay	Site de Bazouges	Total	Site d'Antrain	Site de St Brice	Site de St Georges	Site de Tremblay restructuré	Site de Bazouges restructuré	Total	Site d'Antrain	Site d'Antrain (Antrain + Bazouges)
Tonnage externalisé (en kg/jour)	717	408	186	257	153	1 721	717	408	186	257	153	1 721	1 817	870
Tonnage traité en interne (en kg/jour)	135	19	152	319	226	852	135	19	152	319	226	852	772	265
Tonnage total (en kg/jour)	852	427	338	577	380	2 573	852	427	338	577	380	2 573	2 589	1 135
Productivité (en kg/an/ETP)	33 756	4 648	23 826	39 937	28 308	28 028	33 756	4 648	23 826	39 937	28 308	28 028	38 597	33 115
ETP production	1	1	1,6	2	2	7,6	1	1	1,6	2	2	7,6	5,0	2,00
ETP logistique	0,10	0,10	0,05	0,05	0,14	0,4	0,10	0,10	0,05	0,05	0,14	0,44	0,44	0,24
ETP transports													1,0	0,2
Total ETP	1,1	1,1	1,6	2,1	2,1	8,0	1,1	1,1	1,6	2,1	2,1	8,0	6,4	2,4
Surfaces	266 m ²	90 m ²	82 m ²	212 m ²	170 m ²	820 m ²	266 m ²	90 m ²	82 m ²	130 m ²	170 m ²	738 m ²	266 m ²	266 m ²
Investissements en équipements										3 600 €	125 460 €	129 060 €	42 660 €	5 460 €
Investissement sur bâtiment										81 180 €	132 600 €	213 780 €	184 800 €	
Investissement total										84 780 €	258 060 €	342 840 €	227 460 €	5 460 €
Coût prestation externalisée	253 523 €	144 328 €	54 261 €	75 210 €	54 656 €	581 979 €	277 549 €	158 006 €	54 261 €	75 210 €	54 656 €	619 682 €	639 086 €	332 205 €
Coût unité d'œuvre prestation externalisée	1,41 €	1,41 €	1,17 €	1,17 €	1,43 €	1,35 €	1,55 €	1,55 €	1,17 €	1,17 €	1,43 €	1,44 €	1,41 €	1,5 €
Coût prestation interne	77 620 €	97 040 €	116 173 €	192 552 €	122 893 €	606 278 €	77 620 €	97 040 €	116 173 €	199 073 €	147 893 €	637 798 €	490 700 €	159 426 €
Coût unité d'œuvre prestation internalisée	2,299 €	20,878 €	3,047 €	2,411 €	2,171 €	2,846 €	2,299 €	20,878 €	3,047 €	2,492 €	2,612 €	2,994 €	2,543 €	2,411 €
Coût fonction linge totale	331 143 €	241 369 €	170 434 €	267 762 €	177 549 €	1 188 256 €	355 168 €	255 046 €	170 434 €	274 282 €	202 549 €	1 257 480 €	1 129 787 €	491 631 €
Coût unité d'œuvre global	1,554 €	2,262 €	2,017 €	1,857 €	1,871 €	1,847 €	1,667 €	2,390 €	2,017 €	1,903 €	2,134 €	1,955 €	1,745 €	1,732 €

HERVE

Lucie

Décembre 2018

DESSMS

2017-2018

La fusion et la recherche d'organisations efficaces en ressources humaines

L'exemple du Centre hospitalier des Marches de Bretagne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP Rennes

Résumé :

La récente fusion absorption du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne est analysée sous ses aspects organisationnels. Dans ce travail, nous abordons la recherche d'efficacité organisationnelle sous le prisme de l'optimisation des ressources humaines. Le croisement de plusieurs regards, effectués en Bretagne, ainsi qu'une analyse des moyens en RH ont permis de mettre en perspective des processus efficaces de réorganisations en RH.

Une analyse préliminaire du contexte des fusions actuelles met en évidence les particularités, les enjeux et les défis à relever.

A travers ses spécificités, le CHMB a établi un état des lieux des moyens humains, où l'accompagnement sur ses différents sites facilitera la transition organisationnelle du groupe.

Enfin, plusieurs leviers susceptibles de favoriser la réorganisation et l'efficacité en RH du groupe sont présentés. Ils détaillent cette recherche d'optimisation en RH, à travers la construction d'un projet stratégique décloisonné et d'un accompagnement utilisant des nouveaux outils en RH.

Mots clés :

FUSION- ORGANISATION- EFFICACITE- OPTIMISATION DES RESSOURCES
HUMAINES-ACCOMPAGNEMENT

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

