



Directeur d'Hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date de jury : **Octobre 2019**

Fusion hospitalière et intégration des systèmes d'information

Analyse et mise en perspective de la refonte de la fonction RH du Groupe Hospitalier Bretagne Sud

Matthieu SASSARD

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Monsieur Thierry GAMOND-RIUS, Directeur Général du GHBS, Monsieur Alain PHILIBERT, Directeur Général Adjoint du GHBS, et l'ensemble de l'équipe de direction pour l'accueil qu'ils m'ont réservé à mon arrivée ainsi que pour la confiance qu'ils m'ont accordée tout au long du stage de direction.

Je saisis également cette occasion pour remercier ceux qui m'ont soutenu dans la rédaction de ce mémoire :

- Monsieur Saber ALOUI qui a accepté de m'encadrer, qui m'a aidé à circonscrire mon sujet et qui a su partager sa vision des organisations ainsi que des enjeux sur la valeur dégagée par les projets reposant sur des systèmes d'information ;
- Mes maîtres de stage successifs, Madame Karin MASINI-CONDON et Monsieur Marc TAILLANDIER qui m'ont proposé d'assurer la relecture du document et qui m'ont rappelé l'historique de la fusion et des coopérations antérieures sur le territoire Bretagne-Sud ;
- Madame Anita GARCIA, Coordinatrice des soins et Monsieur Franck GELEBART, Directeur des ressources humaines, pour leur disponibilité et pour l'ensemble des éléments qu'ils ont pu m'apporter sur la gestion du projet de fusion ainsi que sur les enjeux de la convergence dans le champ des ressources humaines ;
- Monsieur Éric ZÜRCHER, Directeur des affaires financières du Centre Hospitalier Métropole Savoie, qui a pris le temps de m'exposer les choix retenus dans le phasage d'une opération de fusion et qui m'a sensibilisé aux enjeux d'harmonisation des règles de gestion et de création d'une culture commune ;
- Monsieur Stéphane PIERREFITTE et Monsieur Thomas LEGRAS de la Direction des innovations technologiques et du système d'information au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences pour leur retour d'expérience sur l'association des métiers durant la phase de préfiguration d'une fusion ainsi que sur les actions de rationalisation de l'infrastructure du système d'information hospitalier ;
- Monsieur Julien DELONCA, Directeur adjoint des ressources humaines au CHU de Montpellier, pour avoir accepté de me présenter le projet de digitalisation de la fonction RH mené par l'établissement ainsi que les chantiers à venir ;
- Le Service documentation du GHBS pour m'avoir mis à disposition leurs ressources ainsi que pour leur disponibilité et leurs conseils documentaires.

Sommaire

Introduction	8
1. Les stratégies d'intégration des systèmes d'information peuvent consolider les projets de fusion.....	10
1.1. Une relation débattue dans le champ théorique entre intégration des SI et création de valeur au sein des organisations	10
1.1.1. Le recours croissant aux SI dans les établissements de santé interroge quant à la valeur ajoutée apportée aux organisations	10
1.1.2. A défaut de produire une valeur intrinsèque, la valeur d'usage des SI permet d'associer les avancées technologiques aux organisations.....	12
1.1.3. Au-delà des établissements pris isolément, l'intégration des SI crée de la valeur à l'échelle territoriale	13
1.2. Le choix du mode d'intégration des SI peut conditionner la réussite d'une fusion...	14
1.2.1. Les échecs du secteur privé révèlent souvent une mauvaise appréhension des synergies et un défaut de priorisation dans l'intégration des SI.....	14
1.2.2. En fonction des gains attendus, le choix du mode d'intégration est déterminant aux différentes étapes du processus de fusion.....	15
1.2.3. Le processus d'intégration d'une fusion impose aux DSI de nouer des alliances étroites avec les métiers.....	16
1.3. Le bilan mitigé des fusions hospitalières met en évidence les enjeux d'harmonisation des processus métiers.....	17
1.3.1. Le bilan économique des fusions hospitalières paraît mitigé sur longue période.....	17
1.3.2. La construction réussie du CH Métropole Savoie souligne les difficultés relatives à la convergence des processus dans le champ des ressources humaines	18
1.3.3. Rationaliser avec la fusion : le cas du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.....	19
2. L'intégration des systèmes d'information a permis au GHBS de sécuriser les gains relatifs à la fusion.....	20
2.1. Cette fusion a favorisé la recherche de synergies sur le territoire	20
2.1.1. La fusion comme aboutissement d'une stratégie commune pour structurer l'offre de soins et mutualiser les fonctions support	20
2.1.2. Les gains stratégiques attendus de la nouvelle organisation cible	22
2.1.3. Les gains attendus dans la structuration et la sécurisation des processus métiers.....	23
2.2. Une opportunité pour harmoniser les processus métiers et rationaliser l'organisation de la fonction RH	24
2.2.1. Les besoins d'harmonisation des processus RH.....	24
2.2.2. La méthode projet a permis de lever certaines résistances.....	26
2.2.3. Une DRH pour les unifier tous : rationalisation de l'organisation de la direction et de la cartographie applicative.....	27

2.3.	La fusion a permis de dégager des économies d'échelle et de préparer la montée en charge de la fonction RH	28
2.3.1.	Des surcoûts immédiats au niveau de la DSI mais une optimisation globale des charges de fonctionnement.....	28
2.3.2.	La refonte a permis d'atteindre une taille critique, de gagner en productivité et de mettre à niveau les sites isolés.....	29
2.3.3.	Les gains relatifs à la refonte et à la professionnalisation de la fonction RH.....	30
3.	Le processus d'intégration du GHBS donne des clés pour sécuriser les gains d'une fusion et préparer l'évolution nécessaire de la fonction RH.....	34
3.1.	Mobiliser les coopérations existantes et analyser la pertinence du projet d'intégration	34
3.1.1.	Anticiper les travaux d'harmonisation dans le cadre d'une gouvernance commune... ..	34
3.1.2.	Prévenir les compensations et exploiter les synergies	35
3.1.3.	Définir l'organisation cible à partir d'un état des lieux détaillé et communiquer auprès des professionnels.....	36
3.2.	Gérer la temporalité, associer les parties prenantes et accompagner l'encadrement	38
3.2.1.	Sécuriser le court terme et définir un calendrier à partir d'un scénario socle	38
3.2.2.	Associer les métiers, les représentants du personnel et suivre les réorganisations	39
3.2.3.	Homogénéiser et accompagner les pratiques managériales	41
3.3.	Préparer l'émergence de fonctions RH territorialisées et digitalisées	42
3.3.1.	L'adaptation de la fonction RH au sein d'organisations hospitalières intégrées	42
3.3.2.	Une digitalisation et un enrichissement des métiers support à accompagner.....	43
3.3.3.	Intelligence Artificielle, Data science et fonction RH	44
	Conclusion	46
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	49
Annexe 1.	Progression dans le temps de l'informatisation au sein des établissements de santé.	50
Annexe 2.	Principaux modes d'intégration des systèmes d'information.....	51
Annexe 3.	Chronologie de la mise en œuvre du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences	52
Annexe 4.	Fiche projet DSI (GHBS)	53
Annexe 5.	Analyse comparée des règles de notation entre les établissements (GHBS).....	55
Annexe 6.	Organigramme de la Direction des Ressources Humaines avant et après la fusion (GHBS)	56
Annexe 7.	Dotation 2019 des pools de pôle du GHBS.....	57
Annexe 8.	Communiqué de presse sur la fusion des centres hospitaliers d'Aix-les Bains et de Chambéry	58

Liste des sigles utilisés

ADRHESS : Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

BO : Business Object

CHBS : Centre Hospitalier Bretagne Sud

CHLF : Centre Hospitalier Le Faouët

CHPLR : Centre Hospitalier Port-Louis/ Riantec

CHQ : Centre Hospitalier de Quimperlé

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CIGREF : Club Informatique des Grandes Entreprises Françaises

CLASMO : Cellule Locale d'Accompagnement Social à la Modernisation

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DPC : Développement Professionnel Continu

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSI : Direction des Systèmes d'Information

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

FICOM : Fichier Commun de structure

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GAM : Gestion Administrative des Malades

GEF : Gestion Economique et Financière

GHBS : Groupe Hospitalier Bretagne Sud

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

GTT : Gestion du Temps de Travail

HOP'EN : Hôpital numérique ouvert sur son Environnement

IA : Intelligence Artificielle

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

MAREVA : Méthode d'Analyse et de Remontée de la Valeur

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

PMP : Projet Médical Partagé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'information

PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement

PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

ROI : Return On Investment

RPS : Risques Psychosociaux

RTT : Réduction du Temps de Travail

SIH : Système d'Information Hospitalier

SIRH : Système d'Information de gestion des Ressources Humaines

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

L'analyse du plan Hôpital 2007 révèle une polarisation de la politique de modernisation de l'offre de soins dans les années 2000 sur la rénovation du patrimoine hospitalier ou de plateaux techniques selon des logiques plus ou moins mutualisées.

Par rapport à cette approche, le plan Hôpital 2012 couplé au programme Hôpital numérique a constitué une première inflexion amplifiée par le programme Hop'En¹ qui constitue le volet numérique de la stratégie de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 ». Ce programme définit désormais des exigences d'harmonisation territoriale des services numériques et identifie l'intégration des systèmes d'information hospitaliers comme un enjeu décisif de restructuration des établissements de santé, en particulier publics.

Plus encore que les opérations de travaux ou l'acquisition d'équipements lourds, l'investissement numérique agit en profondeur sur les organisations et les métiers en ce qu'il impose une harmonisation des pratiques et un décloisonnement des parcours de soins et des processus support. Progressivement, le degré d'attractivité et de performance des structures de santé dépend de leur capacité à s'adapter aux attentes des patients et des professionnels mais aussi à l'accélération des évolutions thérapeutiques et technologiques. La maîtrise des flux d'information et leur utilisation revêtent donc une importance capitale pour la pérennité des hôpitaux.

Les cas de fusion hospitalière permettent à cet égard d'anticiper les chantiers à mener pour approfondir l'intégration des systèmes d'information et sécuriser les gains issus des mutualisations de fonctions support au-delà du socle de 2016² des groupements hospitaliers de territoire (GHT) enrichi³ récemment par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La fusion⁴ rend en effet possible le regroupement d'établissements de santé antérieurement autonomes, parfois distants, en une seule entité juridique qui peut être nouvelle en cas de fusion-crédation ou construite à partir d'un établissement de référence dans le cadre d'une fusion-absorption. Malgré un certain recul et le développement des GHT, elle constitue la forme la plus intégrée des restructurations hospitalières et offre la possibilité au nouvel établissement, désormais employeur unique, de mutualiser l'ensemble des fonctions support.

L'intégration des systèmes d'information (SI) peut être perçue comme un corollaire purement technique d'un projet de fusion. Elle suppose en effet une mise en cohérence des référentiels pour mobiliser les données existantes des établissements fusionnés, rationaliser et homogénéiser l'ossature applicative, consolider l'infrastructure technique et surtout optimiser les processus métiers désormais interconnectés. La fusion implique par ailleurs une massification des données et des capacités de stockage ainsi que des besoins d'interopérabilité croissants des applications alimentées par la nouvelle base unique.

¹ Hôpital numérique ouvert sur son environnement

² Système d'information hospitalier (SIH), département d'information médicale (DIM), fonction achats, coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels

³ En prévoyant notamment l'harmonisation de la gestion du personnel médical ainsi qu'un droit d'option pour mutualiser des fonctions support identifiées comme la gestion de la trésorerie

⁴ Prévues à l'article L. 6141-7-1 du Code de santé publique, enrichi par l'ordonnance du 19 janvier 2017 qui définit les modalités de la « fusion-absorption »

En réalité, l'intégration des SI fait figure à la fois d'aiguillon et de révélateur indispensables à la réussite d'un projet de fusion car celui-ci touche à l'identité même des structures et des professionnels qui y travaillent. Dès le lancement du projet, les démarches d'intégration font apparaître les particularismes et interrogent leur bien-fondé. Elles accompagnent par la suite la réorganisation des processus métiers et sécurisent les synergies attendues voire les amplifient.

Ces gains ne peuvent être évalués sous le seul prisme d'une direction des systèmes d'information (DSI) dont le rôle est de soutenir les métiers et d'apporter de la valeur au sein des services « clients ». L'analyse portera donc principalement sur la refonte de la fonction Ressources Humaines du Groupe hospitalier Bretagne Sud qui résulte de la fusion, au 1^{er} janvier 2018, de quatre établissements : le Centre Hospitalier Bretagne Sud, le Centre Hospitalier de Quimperlé, le Centre Hospitalier de Port-Louis/ Riantec et le Centre Hospitalier du Faouët. Cette fonction support demeurerait l'une des seules⁵ à ne pas être mutualisée et a cristallisé la majorité des points de crispation et des enjeux d'harmonisation des règles de gestion durant la phase de préfiguration de la fusion. L'harmonisation des règles indemnitaires et de gestion du temps de travail, en particulier, sont des sujets visibles et très sensibles qu'il convient de suivre étroitement lors d'une fusion.

Plutôt qu'un bilan de la fusion, le présent mémoire a vocation à donner des clefs sur les moyens mis en œuvre ainsi que sur la méthode adoptée pour sécuriser des économies d'échelle. Bien que partiels à l'été 2019, ces gains doivent être affichés à l'intention des agents et de l'encadrement dont les organisations ont été revues en profondeur et qui ne sont pas encore stabilisées. Cette analyse prolonge les développements d'un mémoire⁶ de 2016 qui interrogeait déjà les synergies attendues de la fusion et qui anticipait les besoins d'accompagnement à venir.

La subtilité des liens entretenus entre fusion et intégration des systèmes d'information mérite un examen détaillé dans la mesure où ils conditionnent la réussite d'un projet de fusion dans son acceptation mais aussi dans les gains d'efficacité et de qualité attendus. Afin de clarifier ces liens, il convient de déterminer si les opérations relatives à l'intégration des systèmes d'information peuvent accélérer ou au contraire freiner un projet de fusion hospitalière.

L'analyse livrée dans ce mémoire se fonde en premier lieu sur des entretiens semi-directifs réalisés avec des professionnels du GHBS principalement au sein de la DSI et de la DRH. Elle a été complétée par la recherche de références théoriques ainsi que par des entretiens avec des professionnels d'autres établissements fusionnés afin de confronter les points de vue et d'identifier des points de convergence en termes de méthode pour sécuriser les gains d'une fusion.

L'incidence des SI sur la performance des organisations et les opérations de fusion sera tout d'abord mise en perspective (I) afin d'éclairer les choix retenus et les gains générés par la création du GHBS et la refonte de sa fonction RH (II). Les enseignements de cette fusion permettront d'alimenter des recommandations destinées à sécuriser les gains de ce type d'opération et à préparer la modernisation de la fonction RH (III).

⁵ Mutualisation des fonctions finances, affaires médicales, SI et préparation en 2017 de celle des achats dans le cadre du GHT

⁶ TRIBALLEAU C., *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion*, Mémoire EDH, 2016

1. Les stratégies d'intégration des systèmes d'information peuvent consolider les projets de fusion

1.1. Une relation débattue dans le champ théorique entre intégration des SI et création de valeur au sein des organisations

1.1.1. Le recours croissant aux SI dans les établissements de santé interroge quant à la valeur ajoutée apportée aux organisations

Un système d'information ou SI renvoie à un « réseau complexe de relations structurées, où interviennent hommes, machines et procédures », qui a pour but d'engendrer des « flux ordonnés d'informations pertinentes » provenant de différentes sources et destinées à servir de base aux décisions⁷. De manière plus générale, il recouvre l'ensemble des moyens visant à assurer la circulation de l'information dans une organisation.

Un SI ne se limite donc pas à un système informatique, il appuie en priorité les processus métiers. Il combine les technologies de l'information et de communication (logiciels, infrastructure technique) aux organisations (processus métiers, règles de gestion...) et remplit comme fonctions principales la collecte de données, leur traitement et stockage ainsi que la diffusion d'informations ou de résultats dans un environnement donné. Le processus métier qui porte sur le cœur d'activité est une composante essentielle du système d'information.

Schéma d'urbanisation du SI



Source : Présentation Codir GHBS, mai 2019

Le recours croissant aux SI dans le champ de la santé doit pouvoir être justifié par la valeur qu'ils dégagent dans le domaine de la production et de la qualité des soins. A l'occasion d'un audit sur les systèmes d'information hospitaliers d'établissements publics et privés, l'ANAP⁸ a

⁷ ANGOT H., *Système d'information de l'entreprise : des flux d'information au système d'information de gestion automatisé*, Management, 2006

⁸ ALAIN D., *Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs*, ANAP, mars 2014

ainsi estimé en 2014 la part des dépenses informatiques des établissements de santé à 1,7% de leurs dépenses totales à partir de données de 2011. Par ailleurs, la part projets des budgets dédiés aux SI représentait 25% du total contre 15 à 20 % dans les autres secteurs d'activité. L'atlas SIH 2018⁹ confirme cette tendance à partir de données 2016 en estimant le montant moyen des charges relatives au Système d'Information Hospitalier (SIH) à 1,7% des charges d'exploitation des établissements. La structuration progressive des SIH, de l'informatisation des fonctions administratives à partir des années 60 jusqu'à celle de la production de soins dans les années 2000 (cf. annexe 1), a complexifié leur architecture fondée sur des briques souvent préformatées et difficiles à assembler en raison de contraintes d'interopérabilité.

Le nombre croissant de nouveaux projets de numérisation tient pour partie à la pression continue des services de soins ou gestionnaires pour informatiser et développer des applications métiers sans tenir compte parfois de la cohérence d'ensemble du SIH. Ces demandes impliquent une augmentation des coûts de maintenance et des ressources relatives à l'exploitation courante (demandes d'évolution, hotline, montée en version) au détriment des nouveaux projets.

Il paraît donc essentiel de pouvoir évaluer la pertinence de ces projets à partir d'une démarche de retour sur investissement (ROI) comme MAREVA 2 qui est l'outil d'analyse de la valeur des projets SI au niveau interministériel. Sa grille d'analyse intègre deux critères : la stratégie du projet sur la base de « l'évaluation quantitative et qualitative d'objectifs métiers, organisationnels et/ ou fonctionnels » et la rentabilité du projet.

Malgré le développement de ces matrices d'évaluation, la contribution des SI à la création de valeur demeure difficile à mesurer. En tant qu'élément support, l'analyse du SI peut être subjective et complexe car il est souvent difficile de distinguer la valeur intrinsèque de l'outil de l'usage qui en est fait aux différentes étapes d'un processus (saisie, traitement, contrôle...). Différents critères peuvent être utilisés pour apprécier la performance d'un SI : la qualité de l'information produite, le niveau d'utilisation et de satisfaction de l'utilisateur, l'impact sur la performance individuelle ou l'impact sur la performance organisationnelle¹⁰.

En 2012, la DGOS a lancé un appel d'offre PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins) destiné à évaluer la création de valeur générée par l'usage des SI de production de soins. Cette évaluation devait porter à la fois sur :

- L'impact sur la qualité des soins et sur l'accès à tout le parcours de soin du patient,
- Les conditions de travail des personnels,
- L'efficacité économique et opérationnelle.

Les travaux des deux consortiums de recherche financés dans ce cadre ont mis en évidence une relation positive entre l'efficacité du SI et l'organisation des établissements¹¹. L'une des analyses a permis de mettre à jour un impact positif du SI sur la réduction des coûts dans le domaine des consultations en cancérologie sur un échantillonnage de trois établissements avec des niveaux d'intégration différents. Vincent Augusto, coauteur et professeur à l'Ecole des mines de Saint-Etienne, a par ailleurs souligné l'enjeu de l'appropriation du SI par l'utilisateur¹² qui conditionne sa valeur d'usage.

⁹ DGOS, *Atlas des SIH 2018 : Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, mai 2018

¹⁰ MARCON E., GUINET A., TAHON C., *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Lavoisier, 2008

¹¹ Actes du colloque du PREPS-SIPS, *Investir dans les SI en santé : quels apports ? Quelle évaluation ?*, 2017

¹² https://www.ticsante.com/Apports-de-l-informatique-a-l-hopital-d-abord-une-question-d-organisation-NS_3788.html

1.1.2. A défaut de produire une valeur intrinsèque, la valeur d'usage des SI permet d'associer les avancées technologiques aux organisations

Si l'on retient une conception interactionniste du SI¹³, il ne peut y avoir de développement technologique indépendant de l'organisation. La transformation des métiers et la diversification des activités a nourri la croissance des SI au sein des organisations. Cette tendance a été subie à l'origine dans les années 1990 à travers le développement d'applications métiers très localisées répondant à des objectifs de court terme et à une pression des offreurs. Désormais, le SI intègre les volets aussi bien organisationnels que stratégiques.

Ainsi, la valeur des SI se mesure à partir d'indicateurs métiers, les indicateurs techniques de performance (disponibilité, respect des délais ou des budgets) ne permettant pas de retracer les gains de productivité générés dans les processus ciblés¹⁴. Seul l'usage qui est fait par les métiers des solutions techniques apportées par la DSI est source de performance. En effet, le SI transforme les métiers mais il demeure essentiel de modifier l'organisation avant les outils pour en assurer la pérennité. Les projets SI peuvent donc révéler des changements organisationnels impulsés par une fusion et apporter un cadre pour formaliser et rationaliser les processus métiers. Au sens de la norme ISO 9001 ces processus constituent des ensembles organisés de tâches transformant des éléments d'entrée en éléments de sortie, comme la paie dans le domaine des ressources humaines. L'adoption de nouvelles technologies comme le big data, pour traiter des données au volume exponentiel de grands groupes, n'est pas neutre sur l'organisation et nécessite souvent de réorganiser les activités ou de supprimer des tâches à faible valeur ajoutée.

Si la valeur d'usage est difficile à mesurer dans un établissement de santé, il est possible de l'analyser par le prisme des trois dimensions de la performance hospitalière¹⁵ : la capacité de l'établissement à s'inscrire dans les orientations du système de santé et à converger vers les orientations nationales (verticale), la capacité à répondre aux besoins des malades et aux attentes des professionnels, des financeurs et des citoyens (latérale) et la capacité à combiner son activité avec les autres entités pour assurer la qualité des parcours de soins et garantir la pertinence des soins (horizontale). Dans le cas des fusions, les projets SI ont un rôle majeur à jouer pour atteindre des cibles de performance horizontale et générer ainsi des synergies entre établissements d'un même territoire.

¹³ ELIDRISSI D. et ELIDRISSI A., *Contribution des systèmes d'information à la performance des organisations : le cas des banques*, La Revue des sciences de gestion, n°241, 2010, p. 55-61.

¹⁴ CIGREF, *Dynamique de création de valeur par les Systèmes d'Information : une responsabilité partagée au sein des Directions des grandes entreprises*, 2008, p.11

¹⁵ MARCON E., GUINET A., TAHON C., *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Lavoisier, 2008

1.1.3. Au-delà des établissements pris isolément, l'intégration des SI crée de la valeur à l'échelle territoriale

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 impose la mutualisation du SIH pour structurer le GHT. Le SI convergent est compris comme le corollaire du Projet Médical Partagé (PMP) pour la mise en œuvre de circuits de prise en charge graduée du patient et commune à plusieurs établissements. Le calendrier arrêté a fixé comme échéances le 1^{er} janvier 2018 pour le déploiement d'un identifiant unique et le 1^{er} janvier 2021 pour la construction d'un SIH homogène et convergent.

Ces chantiers sont similaires à ceux lancés lors d'une fusion car ils supposent une connaissance fine de l'existant (cartographie applicative, règles de gestion...) ainsi qu'un travail initial d'harmonisation des référentiels. Les organisations de travail et les choix applicatifs des établissements doivent être accordés pour aboutir à un système intégré et faciliter ainsi les opérations de maintenance tout en garantissant la reprise des données.

Au sein du GHT, l'établissement support doit consolider l'expression des besoins des différents établissements parties qui sont susceptibles de diverger voire de s'opposer. Le périmètre du SI convergent a vocation à dépasser le cadre restreint retenu dans l'article L.6132-3-I du Code de la santé publique (CSP) et à s'étendre jusqu'à la création d'un SI global unique à l'échelle du groupement¹⁶. La pression technologique exercée par les partenaires ainsi que la mise en place de modes de prise en charge au parcours exhortent par ailleurs les établissements de santé à investir massivement dans les SIH¹⁷.

Identifié comme l'une des conditions de réussite des GHT¹⁸, le SI unique doit constituer la colonne vertébrale des synergies de groupements. Les établissements de santé sont devenus des organisations productrices de données et les SI structurent désormais toutes les activités qu'il s'agisse du dossier patient lors des consultations, du Programme de Médicalisation des SI (PMSI), des résultats d'imagerie ou encore des données de paie du personnel. A terme, le SI convergent devra également être en mesure de garantir la régularité des comptes et des flux croisés internes au groupement (mises à disposition, refacturation de prestations ou de frais de gestion...).

Les SI ont un rôle central à jouer au niveau territorial dans la définition des parcours patients et dans la structuration des pratiques de professionnels appelés à intervenir sur plusieurs sites ou établissements. L'hétérogénéité des outils ou des règles de gestion (admissions, GRH...) entrave les transferts de patients entre les différents sites et freine la mutualisation des tâches des fonctions support. Or si la structuration d'un SI fonctionnel s'avère très complexe à l'échelle d'un GHT¹⁹, elle devient possible et même nécessaire dans le cadre d'une fusion.

¹⁶ DE BENALCAZAR S., *La notion de système d'information convergent*, Gestions hospitalières, n°566, mai 2017

¹⁷ AUBERT J-M., *Rapport sur les modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*, janvier 2019, p.39

¹⁸ HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, février 2016

¹⁹ JOLIVALDT F., LE GLOAN C., *Préalables pour un SIH convergent au sein des GHT*, Revue hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016

1.2. Le choix du mode d'intégration des SI peut conditionner la réussite d'une fusion

1.2.1. Les échecs du secteur privé révèlent souvent une mauvaise appréhension des synergies et un défaut de priorisation dans l'intégration des SI

L'intégration des SI constitue un facteur clef de succès des fusions d'entreprises et permet généralement de générer des synergies importantes. Lors de la fusion de BNP et Paribas en 2000, ces gains ont été estimés à près de 250 M€ par IBM Global Services²⁰ durant la phase des vérifications préalables (ou due diligences) et ce dès la troisième année de fusion grâce aux économies d'échelle, à l'unification des plateformes locales et à la réduction des coûts de financement de filiales. Néanmoins, selon David Bouchoucha ingénieur des Mines²¹, bien que la planification des phases d'intégration a été placée au cœur de ce processus de fusion, les difficultés relatives à la fusion des SI ont été sous-estimées ce qui peut expliquer le recours massif à des intervenants extérieurs. Pour cette fusion, IBM a ainsi dû composer une équipe de 60 personnes pour définir une infrastructure cible à partir d'un état des lieux faisant apparaître près de 6000 serveurs hétérogènes à interconnecter.

Dès le lancement d'un projet de fusion, la direction des systèmes d'information doit donc être associée car elle interagit entre l'organisation et la technologie et constitue une porte d'entrée vers les besoins d'évolution des autres domaines fonctionnels affectés par la fusion. Elle constitue également le garant de la sécurisation des opérations, de la continuité de l'activité sur les différents sites à partir du « Jour 1 » de la fusion, de la robustesse et de l'adaptabilité du nouveau SI cible. Cette phase d'intégration est d'autant plus cruciale pour des organisations comprenant des processus critiques qui ne peuvent pas être interrompus comme dans le domaine de la production de soins.

De plus, l'analyse des SI permet de compléter les due diligences réalisées par l'acquéreur lors d'une fusion-acquisition destinées à mieux comprendre le fonctionnement, les « fondations » des entreprises ciblées et à valoriser au plus juste les impacts financiers de la fusion. Ce constat est encore plus marqué dans des secteurs d'activité à forts gains de productivité dans l'automatisation des tâches comme l'industrie bancaire. Dans ce secteur, l'informatique innerve le système de production et le caractère exponentiel des demandes d'évolution (réglementation, demande des clients, évolution des métiers, changement de technologies...) en fait un facteur de différenciation concurrentielle²². En complément, l'intégration prépare l'avenir et les objectifs de long terme d'une fusion.

Sans intégration des SI, rien ne garantit que les synergies ou les économies d'échelle relatives à la complémentarité des offres des deux entités pourront être obtenues. La baisse des coûts de fonctionnement relative à une fusion doit donc être vérifiée. Une chercheuse américaine spécialisée dans les technologies d'information médicale a ainsi mis en évidence que sur un échantillon de 88 hôpitaux acquis entre 2012 et 2014, 44% n'ont pas convergé vers le Dossier Patient Informatisé (DPI) du groupe acquéreur deux ans après la fusion²³.

²⁰ BNP Paribas, *Document de référence*, 22 février 2006

²¹ POURQUERY D., *BNP Paribas : un mariage technologique réussi*, l'Express, 22 novembre 2001

²² BRUNETTO G., *Fusion d'entreprises et intégration des systèmes d'information*, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève, 13-16 Juin 2006

²³ HOLMGREN A. J., ADLER-MILSTEIN J., *Does electronic health record consolidation follow hospital consolidation ?*, Health Affairs Blog, Mars 2019

La convergence des SI doit remplir un rôle de facilitateur durant les opérations de fusion mais elle implique que les établissements aient les marges de manœuvre nécessaires pour changer de structure applicative (clauses des marchés, capacité d'investissement...). Paradoxalement, les équipes des DSI sont souvent maintenues à l'écart des négociations stratégiques d'un projet de fusion qui se concentrent généralement sur les aspects politiques, juridiques et financiers. Si les questions de compatibilité des organisations ne sont pas posées en amont du projet, la fusion peut être mise à mal par une gestion tardive des problématiques d'intégration.

1.2.2. En fonction des gains attendus, le choix du mode d'intégration est déterminant aux différentes étapes du processus de fusion

Une opération de fusion considérée comme réussie doit tenir compte de trois niveaux d'intégration pour garantir a minima la compatibilité entre les activités des établissements fusionnés. L'intégration doit donc être à la fois :

- Stratégique (recherche de complémentarité, de synergies ou de parts de marché),
- Organisationnelle (rationalisation des instances, des processus métiers, des responsabilités),
- Technologique (référentiel unique, homogénéité de l'information).

Le mode d'intégration retenu pour la fusion doit donc combiner les configurations organisationnelles et technologiques des entreprises et pourra s'orienter vers des solutions plus ou moins avancées (cf. annexe 2). L'analyse comparée du secteur français de la construction immobilière dans les années 90 à 2000²⁴ met en évidence le rôle accélérateur du mode d'intégration par absorption dans le cas du groupe Geoxia en 2000. Selon l'auteur de l'article, la consolidation financière et les délais de production des tableaux de reporting ont pu être optimisés en imposant aux entreprises acquises le système d'information de l'acquéreur.

Le mode d'intégration par absorption est particulièrement intéressant pour effectuer des parallèles avec les structures hospitalières qui optent souvent pour cette modalité au regard des contraintes de continuité d'activité²⁵ posées par la fusion-création. D'un point de vue technique, ce mode permet aussi de lever les incompatibilités en faisant primer une configuration et en procédant par migration ce qui permet souvent d'amortir les SI dans lesquels les « structures sièges » ont investi. L'absorption peut néanmoins conduire à une mauvaise prise en compte des spécificités des entités incorporées et favoriser en retour des comportements de résistance au changement. Le choix du mode d'intégration implique une analyse préalable de la compatibilité des configurations des SI des structures ayant décidé de fusionner de manière à anticiper les dysfonctionnements potentiels, les possibilités d'interfaçage à moindre coût et les formations à prévoir lorsque des applicatifs sont imposés.

Les formations, l'offre de nouvelles fonctionnalités et la prise en compte des besoins métiers conditionnent l'appropriation par les utilisateurs ainsi que l'efficacité du nouveau SI. Ce besoin d'appropriation impose aux DSI des centres hospitaliers d'adopter un nouveau positionnement vis-à-vis des autres domaines métiers et de créer des alliances avec les services utilisateurs.

²⁴ BRUNETTO G., *Fusion d'entreprises et intégration des systèmes d'information*, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève, 13-16 Juin 2006

²⁵ Nouvelle personne morale, nouvelle immatriculation et architecture analytique, nouveaux budgets, avenants aux contrats...

1.2.3. Le processus d'intégration d'une fusion impose aux DSI de nouer des alliances étroites avec les métiers

Les auteurs de l'étude précitée du Cigref²⁶, font valoir que la DSI doit mobiliser de nouveaux leviers pour accroître la valeur d'usage des SI plutôt que de se cantonner à des référentiels techniques d'architecture des environnements technologiques (ex. Cobit ou référentiel des objectifs de contrôle de l'information et des technologies associées).

Ce changement de paradigme se traduit dans la composition même des équipes projet. Pour leurs projets respectifs de reconnaissance vocale, les DSI du CHU de Rennes et du CHR d'Orléans ont identifié la composition pluri disciplinaire de leurs équipes projet comme une condition majeure de réussite²⁷. Le fait d'associer l'ensemble des catégories de personnel permet d'accompagner efficacement le changement en intégrant les points de vue métiers. Dans ces projets de reconnaissance vocale, les chantiers techniques se sont accompagnés de chantiers plus organisationnels centrés sur la modélisation des pratiques et le processus de production des comptes rendus. Un projet SI ne peut donc plus être centré sur la technique car il se fonde sur un objectif métier lui-même associé à la stratégie d'établissement et il suppose d'agir sur un processus métier souvent transversal qui tranche avec l'organisation segmentée des domaines fonctionnels hospitaliers. Selon Cédric Cartau, responsable de la sécurité des SI au CHU de Nantes, ce sont « les équipes [de la DSI] au contact de l'utilisateur qui doivent avoir le pouvoir, car ce sont eux qui sont les seuls à même de qualifier la valeur apportée par le SI, les gaspillages générés ou évités et les dérapages de plannings projets (en particulier leurs impacts sur les métiers) »²⁸.

En termes de positionnement, cela suppose de passer d'un rôle de prestataire de services autonome à celui de partenaire des métiers afin que l'organisation gagne en maturité. La DSI peut proposer sa vision propre sans se contenter de répondre aux commandes de la direction générale ou aux exigences continues des utilisateurs. Cette vision repose sur la recherche d'innovations par les usages²⁹ et la proposition de pistes d'optimisation de processus métiers. Le DSI, de par son réseau et la veille réalisée sur les solutions technologiques, est légitime pour proposer de nouvelles organisations et procurer aux établissements des avantages concurrentiels dépassant la simple réponse aux besoins des utilisateurs.

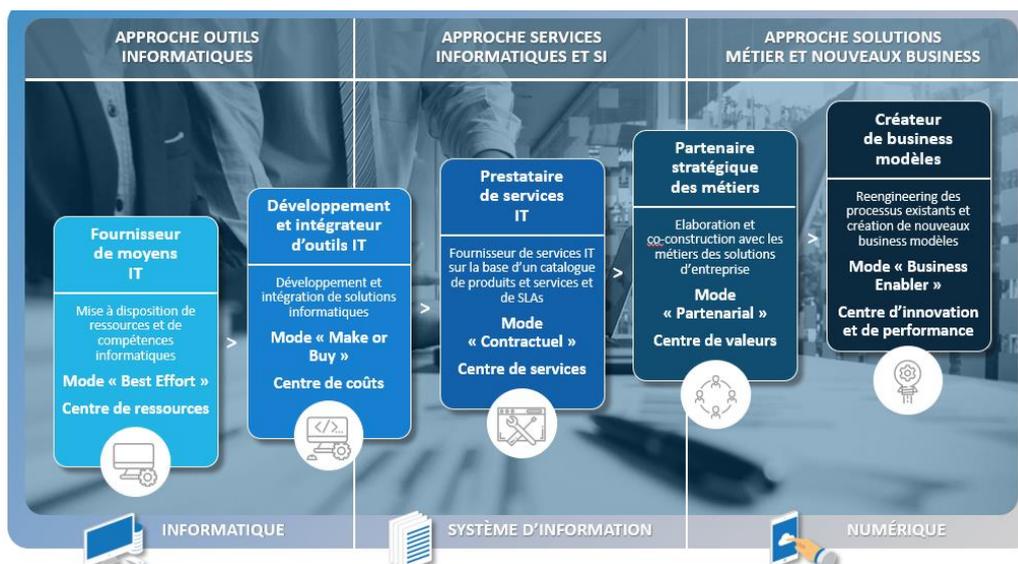
²⁶ CIGREF, *Dynamique de création de valeur par les Systèmes d'Information : une responsabilité partagée au sein des Directions des grandes entreprises*, 2008

²⁷ https://www.ticsante.com/A-Orleans-et-a-Rennes-des-gains-d-efficience-a-l-hopital-grace-a-la-reconnaissance-vocale-NS_4139.html

²⁸ <http://www.dsih.fr/article/2204/au-fait-c-est-quoi-une-dsi.html>

²⁹ WLODYKA P., *Systèmes d'information, stratégie et gouvernance hospitalière*, Revue hospitalière de France, n°545, mars-avril 2012

Modèle de maturité sur cinq niveaux de la DSI³⁰



La DSI est ainsi devenue un outil au service de la stratégie des établissements de santé et doit par conséquent être associée en amont des projets de fusion pour anticiper les problèmes de compatibilité des structures ou des activités et préparer la transformation des métiers ainsi que l'harmonisation de leurs processus.

1.3. Le bilan mitigé des fusions hospitalières met en évidence les enjeux d'harmonisation des processus métiers

1.3.1. Le bilan économique des fusions hospitalières paraît mitigé sur longue période

Dans leur analyse des fusions sur longue période³¹, Laëticia Laude et Michel Louazel jugent les fondements conceptuels et les statistiques disponibles insuffisants pour évaluer les opérations de fusion hospitalière. Ce manque d'évaluation se double d'une critique des fusions « de nature administratives »³² qui ne se traduiraient pas par une redistribution des activités sur les territoires.

Dans son rapport dédié³³, l'Igas n'identifie pas non plus d'effet relatif à l'atteinte d'une taille critique ou d'autres effets économiques liés à la fusion. Au contraire, les rapporteurs critiquent les surcoûts et les problèmes de fonctionnement générés par les fusions ainsi que la lenteur des organisations pour mener des chantiers d'optimisation post-fusion afin d'équilibrer l'opération. De même, l'Igas met en garde contre un risque de « déséconomies d'échelle » à l'égard d'opérations de fusion trop ambitieuses et tente d'approcher la notion de seuil optimal.

Ce rapport liste les principaux facteurs d'échec des fusions dont le manque de complémentarité des activités, de cohérence territoriale ou l'absence de stratégie commune préexistante. Selon les rapporteurs, « la pertinence et la valeur ajoutée d'une fusion se jugent

³⁰ JEANNE F., *Shadow IT : définir le spectre de la nouvelle gouvernance du SI*, IT for Business, N°2204, mars 2016

³¹ LAUDE L. et LOUAZEL M., *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, Journal de gestion et d'économie médicales, Vol. 31, n°2-3, juillet-août 2013, p. 93-106.

³² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VIII, 2008

³³ IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012, p.27-28

à la capacité qu'elle offre au nouvel ensemble de repenser ses processus, ses organisations et ses moyens sur les fonctions support ou périphériques ». La remise à plat des organisations est indissociable de la fusion. En complément de la logique de rénovation de la stratégie médicale, il est donc impératif d'évaluer les synergies attendues au sein des fonctions fusionnées et d'objectiver la stratégie de recomposition qu'il s'agisse d'accroître des parts de marché, de les protéger en réaction à une fusion dans le secteur privé, de maîtriser une filière ou encore de générer des économies d'échelle.

A cet égard, les chantiers d'harmonisation des règles de gestion ou de structuration des processus métiers ne doivent pas être occultés par les enjeux politiques ou les problématiques financières soulevées par un projet de fusion. Il importe au contraire de tirer les enseignements de fusions réussies en leur accordant du temps et des ressources pour assurer le bon fonctionnement du nouvel ensemble.

1.3.2. La construction réussie du CH Métropole Savoie souligne les difficultés relatives à la convergence des processus dans le champ des ressources humaines

La fusion de 2015 des centres hospitaliers d'Aix-les-Bains et de Chambéry a donné naissance au CH Métropole Savoie qui propose désormais une offre de 1872 lits et places pour un budget principal de plus de 340 M€. Cette opération a été qualifiée par le rapport Igas précité de cas exemplaire car « c'est la fermeture d'une clinique privée qui a directement enclenché un processus de rapprochement aujourd'hui très approfondi ».

Ce projet de fusion a été initié dans un contexte favorable marqué par une stratégie médicale commune entre les deux établissements à la suite de la fermeture de la maternité d'Aix-les-Bains en 2010 qui a jeté les bases de nombreuses conventions de coopération dans le champ médical. La même année, une direction commune a été mise en place et un projet médical partagé a été formalisé pour répartir les activités et préparer le développement de spécialités comme l'unité d'Hôpital de jour en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou l'achat de nouveaux équipements d'imagerie. Cette fusion a été décrite comme l'aboutissement de ces coopérations médicales. L'absence de DPI ainsi que les besoins d'investissement d'Aix-les-Bains ont aussi constitué les facteurs déclencheurs du projet de fusion.

La logique de fusion-absorption a nécessité de reprendre les bases de Chambéry pour simplifier la gestion des données tarifaires, des numéros FINESS et du FICOM. Bien que ce projet de fusion se soit imposé naturellement, certains choix d'intégration ont été mal vécus par les professionnels d'Aix-les-Bains qui se sont vus imposés les applicatifs métiers de la filière chambérienne même lorsque ceux-ci étaient jugés moins performants (ex : SIRH). L'architecture globale du SIH paraît encore fragile en 2019 en raison des difficultés d'interopérabilité entre les applicatifs métiers. L'utilisation d'outils communs a néanmoins donné à la structure une base et un langage communs qui ont contribué à rapprocher les équipes. Pour les fonctions déjà mutualisées comme les finances, la fusion a été une opportunité pour développer de nouveaux métiers comme le contrôle interne.

S'agissant de l'harmonisation des règles de gestion et notamment de celles ayant trait aux RH, l'option retenue a été de reporter cette étape et de laisser un délai de trois ans pour faire converger les règles relatives à la gestion du temps de travail (GTT), aux primes et à la notation afin de ne pas retarder la fusion. Ainsi, la date du 1^{er} janvier 2015 n'a été une ligne rouge que pour le processus de paie. Ce report a permis de mener sereinement les travaux de convergence à partir d'outils de GRH disparates et de remettre à plat les processus métiers.

Cet étalement sur plusieurs années a également facilité les négociations avec les organisations syndicales sur les trois thématiques précitées. L'absence de mobilité forcée couplée au report de l'harmonisation des processus métiers a néanmoins maintenu l'éclatement des effectifs sur différents sites sans que cela ne corresponde nécessairement à une répartition cohérente des activités. Dissocier fusion juridique et organisationnelle reste susceptible d'alimenter les phénomènes de compensation au sein d'entités préalablement autonomes et d'en limiter les gains potentiels. Il est donc nécessaire de suivre les chantiers d'harmonisation à partir de l'organisation cible retenue et de veiller à rationaliser les organisations pour en préparer les évolutions futures.

1.3.3. Rationaliser avec la fusion : le cas du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Le 1^{er} janvier 2019, les établissements Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray Vacluse ont fusionné au sein d'un nouvel établissement : le GHU Paris psychiatrie et neurosciences qui intègre désormais près de 170 structures de soins pour une capacité de 1300 lits et un budget consolidé de 420 M€. Le processus d'harmonisation des organisations préalable à la fusion a débuté tout juste un an avant la fusion. Cette fusion a été l'occasion de rationaliser fondamentalement la cartographie applicative par le biais de la fusion des outils de gestion administrative des malades (GAM), de gestion économique et financière (GEF) et du SIRH (cf. annexe 3).

Dans le domaine du SIRH, la DSI a fait le choix du logiciel Agirh développé par le GIP Midi Picardie informatique hospitalière (Mipih) car il permettait de prévoir une gestion du temps de travail différenciée tout en assurant la migration des données et en gérant plusieurs entités juridiques. Cette possibilité a donné un délai suffisant au chantier d'harmonisation de la GTT sans retarder le calendrier de la fusion. La fonction multi-entités juridiques a également permis d'adopter lors de la fusion un seul Finess juridique sans nécessiter une nouvelle reprise de données. Sur le seul périmètre de la GRH, la fusion a permis à la structure de passer de 9 à 2 applicatifs et d'informatiser les sites non équipés (cf. annexe 3).

Par ailleurs, le CH de Sainte-Anne bénéficiait déjà d'une GTT intégrée avec un accès dématérialisé aux plannings. Il importait de conserver cette fonctionnalité et de l'étendre aux autres établissements pour associer rapidement des avancées à la fusion (« quick-wins »). En parallèle, les coûts de maintenance ont été optimisés par le passage à un serveur unique. L'organisation de la DRH a aussi été revue ; l'ensemble des services ont été regroupés sur un site unique et une cellule d'accompagnement dédiée a été déployée pour tenir compte des contraintes de mobilité propres au territoire francilien de certains professionnels.

A l'issue de la fusion, la nouvelle organisation bénéficie d'une architecture SI unique avec un seul DPI et des données d'activité consolidées. Les organisations polaires, parfois jugées dépassées³⁴, ont été homogénéisées. La définition de règles uniques de GTT ainsi que l'homogénéisation des outils ont rationalisé les organisations du temps de travail et rétabli une équité de traitement entre les professionnels.

L'intégration des SI est donc susceptible d'accompagner des processus de fusion comme celui du GHBS et d'en sécuriser à moyen terme les synergies attendues.

³⁴ Protocole de politique sociale du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences du 3 octobre 2018

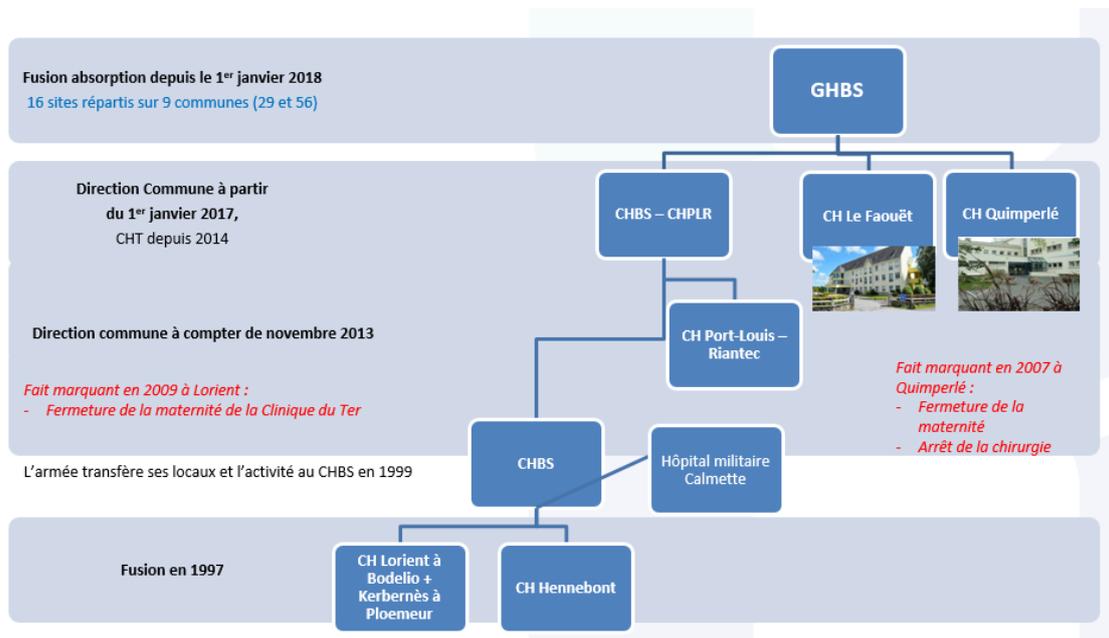
2. L'intégration des systèmes d'information a permis au GHBS de sécuriser les gains relatifs à la fusion

2.1. Cette fusion a favorisé la recherche de synergies sur le territoire

2.1.1. La fusion comme aboutissement d'une stratégie commune pour structurer l'offre de soins et mutualiser les fonctions support

La fusion de 2018 repose sur des phases successives de rapprochement des établissements de santé du territoire Bretagne Sud. En septembre 2013, la mise en place de directeurs partagés sur les domaines fonctionnels des finances, des systèmes d'information et des affaires médicales entre les centres hospitaliers de Lorient (CHBS) et de Quimperlé (CHQ) a constitué une première étape d'intégration sur le périmètre actuel du GHBS. En février 2014³⁵, le CHBS, le CHQ, Port-Louis/ Riantec (CHPLR) et Le Faouët (CHLF) ont fait le choix d'intégrer une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) pour faciliter la concertation et le pilotage des projets communs en développant des instances intégrées³⁶. La même année, une direction commune a été mise en place entre le CHBS et le CHPLR et elle a été étendue au 1^{er} janvier 2017 au CHQ et au CHLF.

Les étapes menant à la création du GHBS



Source : Présentation du GHBS du 12 avril 2019

³⁵ Adoption de la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire des Hôpitaux des Pays du Sud Bretagne du 12 février 2014

³⁶ Bureau de CHT, commission de communauté, directoire et comité de direction communs et comité des présidents de CME

Ces coopérations ont favorisé le développement des synergies bien en amont de la fusion dans les domaines de la permanence des soins³⁷ et des fonctions support³⁸. La fusion a aussi permis au nouvel ensemble d'atteindre une taille critique avec une capacité consolidée de près de 2300 lits et places ainsi qu'un budget de fonctionnement de plus de 360 M€. Le GHBS se caractérise par ailleurs par une offre de soins relativement complète qui se répartit sur 16 implantations différentes dont :

- Le site principal du Scorff à Lorient qui regroupe la majorité des activités de MCO,
- Les sites de Quimperlé qui, en plus d'une offre de médecine de proximité, concentrent les activités d'un secteur de psychiatrie,
- Un centre de Réadaptation et de Gériatrie (Kerlivio) regroupant une activité sanitaire (SSR, USLD) et médico-sociale (Ehpad),
- Les sites des anciens hôpitaux de proximité (CHQ et CHPLR) comprenant des activités de médecine, de SSR et d'hébergement.

A l'échelle du GHT, seul l'EPSM de Charcot à Caudan n'est pas compris dans le nouvel établissement fusionné.

Pour le Directeur du GHBS, le choix de l'absorption comme mode de fusion s'explique avant tout par des raisons pratiques car il a permis de tenir les échéances du projet et de s'appuyer sur les référentiels du CHBS. Le SI unique a donc été construit à partir des bases apurées du CHBS en ajoutant les données des autres établissements sans menacer la continuité de l'activité.

Le projet de fusion du GHBS a suivi un schéma similaire à celui du Centre hospitalier Métropole Savoie en tirant les conséquences des restructurations des plateaux de chirurgie et des maternités sur le territoire après 2007. La fusion de 2018 a été perçue comme l'aboutissement d'un projet institutionnel commun et le prolongement nécessaire des coopérations existantes notamment dans le domaine des ressources humaines qui n'était pas encore mutualisé. Cette place particulière de la GRH s'explique en partie par le principe d'autonomie des établissements et par un souci de ne pas déposséder les directeurs délégués de la gestion des personnels.

La loi de santé 2016 a permis d'accélérer le projet de fusion et de le présenter plus facilement aux élus en leur apportant des garanties sur la répartition des activités qui auraient été incertaines en maintenant des hôpitaux de proximité autonomes vis-à-vis de l'établissement support. A ce titre, le changement institutionnel a précédé le changement culturel et la fusion a été un levier pour ouvrir des chantiers de mise à niveau de l'offre de soins sur le territoire ainsi que de modernisation des fonctions support. La structuration parallèle des GHT a ouvert le chantier de refonte de la fonction RH en imposant une coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, ainsi que des plans de formation et de développement professionnel continu (DPC) au profit de l'établissement support.

Afin d'orienter le processus de fusion, une organisation cible a été définie pour obtenir les gains potentiels relatifs à cette opération de recomposition hospitalière.

³⁷ Création d'une fédération inter-hospitalière des urgences et d'une équipe d'imagerie médicale partagée

³⁸ Développement de projets SI communs comme le DPI

2.1.2. Les gains stratégiques attendus de la nouvelle organisation cible

La fusion a été un instrument pour mettre à niveau l'offre de soins présentée plus haut et soutenir les établissements absorbés dont la capacité d'autofinancement était insuffisante pour porter leurs projets d'investissement.

Evolution de la capacité d'autofinancement des établissements avant la fusion

CAF (en M€)	2016	2017
CHBS	12,84	11,74
CHQ	2,48	0,98
CHPLR	1,49	-0,14
CHLF	0,91	0,5

Source : rapport financier du directeur 2018 tome 2

Ce tableau recense les niveaux de CAF des établissements formant le GHBS avant la fusion. La concentration des marges d'autofinancement sur le CHBS s'explique en partie par les potentialités offertes par la tarification à l'activité ainsi que par la concentration du plateau technique. Le PPI 2019-2023 traduit l'effet taille dont bénéficient désormais les hôpitaux de proximité qui ont intégré le GHBS. L'opération de reconstruction et de regroupement des sites Port-Louis et Riantec (35 M€) et celle de restructuration et d'extension de l'EHPAD du Faouët (9M€) constituent l'essentiel des opérations majeures financées sur la période. En termes de pilotage financier et de sincérité des comptes, il était aussi attendu de la fusion une meilleure prise en compte des flux croisés entre les établissements ainsi qu'une harmonisation des méthodes.

Le défi principal des opérations de fusion est d'exploiter les synergies potentielles. Cette recomposition avait pour objectif de conforter l'offre publique sur le territoire en optimisant son maillage, en limitant l'isolement des sites éloignés de l'agglomération et en développant l'offre d'aval. La création du GHBS constituait une opportunité pour accroître l'attractivité médicale des sites périphériques souvent confrontés à une problématique d'intérim médical.

Par ailleurs, sur le plan médical, la fusion a conforté les coopérations existantes dans des filières comme la gastro-entérologie et a ouvert de nouvelles possibilités en facilitant la création de nouveaux postes partagés ou de consultations avancées. Cette stratégie visait à conserver l'activité de chirurgie programmée du territoire de Quimperlé malgré l'éloignement du plateau technique. La fluidification des parcours patients impliquait également d'unifier le dossier patient informatisé (DPI) et de sécuriser le partage d'informations médicales, a fortiori dans le cadre de pôles interétablissements comme c'est désormais le cas du pôle en charge des activités de gériatrie.

Des synergies étaient également prévues dans le domaine logistique qu'il s'agisse de la montée en charge du GIP chargé des activités de restauration et de blanchisserie ou de la pharmacie à usage intérieur (PUI). La réorganisation des fonctions support était susceptible de faciliter la mise en œuvre des mesures d'économies déclinées dans les plans de retour à l'équilibre du CHQ de 2015 et 2016.

Ce changement de périmètre a enfin imposé aux fonctions support de s'organiser à l'échelle du territoire et d'interroger leurs processus afin de répondre aux nouveaux besoins du GHBS.

2.1.3. Les gains attendus dans la structuration et la sécurisation des processus métiers

Afin de sécuriser la nouvelle organisation fusionnée, le comité de pilotage porté par la Direction générale a défini cinq jalons pour atteindre la cible sans mettre en péril la continuité de l'activité ainsi que la résilience de la nouvelle infrastructure :

1. Définition de la structure pour créer des fondations solides et garantir l'agilité du nouvel établissement : création du fichier commun, découpage polaire, cartographie (chambres, lits, tarifs...);
2. Audit et harmonisation des pratiques par les métiers, préparation de la base 2018 : identification des éléments (à reprendre, à supprimer, à remplacer), définition des modalités de reprise, harmonisation des règles de gestion ;
3. Préparation de la reprise : préparation technique des bases, tests
4. Reprise : fusion des bases et suppression des doublons
5. Démarrage : fin des opérations de reprise et contrôles post-fusion

Au niveau de la DSI, la fusion et la structuration parallèle du GHT ont permis de mener une « double transformation organisationnelle »³⁹. Une équipe commune a tout d'abord été constituée permettant ainsi de réorganiser le Centre de Service et de déployer un service de support utilisateurs : « SOS Info ». Une amélioration qualitative du service rendu pouvait être anticipée à ce titre du fait de l'extension des astreintes sur l'ensemble des sites en 24h/24h. Le DSI a également cherché à unifier les méthodes de travail et à évaluer de manière systématique l'ensemble des nouveaux projets (cf. annexe 4). La fusion a représenté une opportunité pour réorganiser en profondeur, limiter l'évolution de la charge récurrente et développer de nouveaux outils.

L'atteinte d'une taille critique permet en effet à la DSI d'amortir les investissements passés dans les infrastructures techniques et de générer des gains moins tangibles comme le niveau de satisfaction des utilisateurs, la fluidité des échanges ou l'autonomie de l'utilisateur. A l'échelle des quatre établissements fusionnés, il importait aussi de rationaliser la cartographie applicative pour homogénéiser les outils, les méthodes de travail ainsi que les référentiels métiers des professionnels du GHBS.

La DSI se positionne comme un prestataire de services chargé de décliner au niveau opérationnel les orientations stratégiques du groupe hospitalier. Pour assurer cette mission, elle doit garantir les activités récurrentes sans hypothéquer sa capacité à mener de nouveaux projets apportant de la valeur à l'organisation. Les travaux d'intégration ont porté en priorité sur la base patient unique ainsi que sur les outils de GEF pour mettre en place la nouvelle chaîne de dépense et assurer les approvisionnements. La DSI a œuvré dans un second temps sur la fonction RH qui comprend de nombreux processus et applicatifs métiers dont les évolutions ont des répercussions fortes sur les professionnels de santé (modalités de calcul des primes, règles de GTT, politique de remplacement...).

Malgré un socle réglementaire commun, l'analyse des processus de la fonction RH a révélé des divergences sur les droits acquis au sein des établissements dans des domaines sensibles comme la gestion des primes ou des remplacements. Ce chantier est souvent source de tensions avec les personnels ou leurs représentants. La refonte de la fonction RH a toutefois donné la priorité à l'harmonisation des référentiels et a bénéficié à la majorité des agents du fait d'un alignement sur le mieux-disant.

³⁹ Rapport d'activité 2017 de la DSI

La convergence des règles de gestion comme celles du temps de travail est nécessaire à la refonte des SIRH qui est menée en partenariat avec les différents éditeurs et qui suppose des besoins de formation des personnels qu'il convient d'articuler avec les plannings des soignants pour garantir la continuité des soins. La convergence des SIRH a été identifiée comme l'un des principaux facteurs de réussite des mutualisations dans le champ des RH par l'enquête Evocare sur la GRH de demain à l'hôpital publiée en juin 2018. Dans le contexte d'intégration des GHT et en particulier de la fusion du GHBS, les applicatifs RH ont vocation à s'articuler avec le SIH et à gagner en maturité. En effet, le SIRH regroupe l'ensemble des processus de gestion de la DRH (GTT, paie, formation, recrutement...) et doit pouvoir communiquer avec les autres briques fonctionnelles de l'établissement fusionné (GEF, décisionnel...).

Dans le cas du GHBS, les gains attendus portaient principalement sur la professionnalisation de la fonction RH destinée à pouvoir couvrir de nouveaux champs d'intervention. Si l'intégralité des établissements, y compris ceux de taille modeste, sont contraints de mettre en place la gestion de la paie et des carrières, il n'en va pas de même pour des fonctions comme la formation continue ou le maintien dans l'emploi qui nécessitent des expertises métiers (achat de formation, construction du plan de formation...) ⁴⁰.

Cette évolution a impliqué pour le GHBS de développer l'expertise des gestionnaires RH et de moderniser les processus métiers à l'échelle de plusieurs sites géographiques.

2.2. Une opportunité pour harmoniser les processus métiers et rationaliser l'organisation de la fonction RH

2.2.1. Les besoins d'harmonisation des processus RH

Arrivé en mai 2016 au CHBS pour préfigurer la fusion et refondre la fonction RH, le DRH coordonnateur s'est appuyé sur le cadre méthodologique de l'ANAP ⁴¹ pour cartographier les processus RH à risque et lancer les chantiers d'harmonisation. Afin de couvrir les processus les plus susceptibles de différer d'un établissement à l'autre, sept groupes de travail ont été formés et se sont concentrés sur les thématiques suivantes :



Six objectifs principaux ou besoins métiers avaient été définis lors du lancement des groupes de travail :

- ✓ Harmoniser les règles de gestion sur le nouveau périmètre GHBS (mobilité, identité, équité, lisibilité) ;
- ✓ Simplifier la gestion administrative (procédures, outils, SIH) ;

⁴⁰ : LARTIGAU J., BARBOT J-M., GIRIER M., MOCELLIN M-C., *Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital*, Santé RH, Infodium Editions, 2015

⁴¹ <https://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/fonctions-administratives-et-techniques-kit-doutils>

- ✓ Moderniser la gestion RH en amenant les équipes à une culture de prestation au service des agents, des pôles et des autres directions ;
- ✓ Sécuriser les décisions en faisant monter en expertise les collaborateurs ;
- ✓ Rendre les équipes actrices du changement (échanger avec elles sur l'avancée des travaux) ;
- ✓ Maintenir et améliorer les conditions de travail.

Parmi les principes retenus pour guider le travail d'harmonisation, chaque groupe devait effectuer une analyse comparée de l'application de la réglementation sur chacun des sites et identifier les procédures de gestion les plus efficaces pour arrêter des politiques communes ou convergentes. Chaque site devait être représenté au sein de ces groupes et les participants ont listé les prérequis à la fusion ainsi que les actions prioritaires à réaliser.

Extrait du tableau de suivi des actions d'harmonisation à mener en amont de la fusion
(groupe paie et primes)

Primes et indemnités	Modalités d'application	Action à mener	Priorité				Calendrier
			1	2	3	4	
Heures Suppl/ Dim/JF/nuit	versement M (contractuels) et M+1 (titulaires) au chplr + chq et chlf / M+2 (chbs)	Uniformiser le calendrier de versement	X				2ème semestre 2017
Avantages en nature Nourriture	prix du plat principal aux agents de la cuisine (chplr) - agent du GIP (chbs) - agents de nuit (chlf)	harmoniser les pratiques : déterminer les agents concernés - fixer le montant à prélever - la périodicité	X				2ème semestre 2017
Heures Supplémentaires	rémunérées ou récupérées selon les sites	arrêter la politique de récupération ou rémunération des heures supplémentaires	X				2ème semestre 2017
...							

Le calendrier de ces groupes de travail s'est échelonné d'octobre 2016 à décembre 2017 date limite pour le déploiement de solutions techniques. Leur travail de cartographie a permis de cibler les négociations avec les organisations syndicales lancées à partir de mars 2017 sur les sujets les plus sensibles et qui ne se limitaient pas à des considérations techniques. Pour illustrer certains points de divergence, le groupe sur les primes et la paie a mis en évidence des modalités de versement hétérogènes et parfois non réglementaires de certaines primes. Le groupe sur la gestion des données a quant à lui proposé une règle unique garantissant l'équité des agents dans leur progression de carrière et mettant fin à l'hétérogénéité des critères de notation (cf. annexe 5).

En parallèle, la direction des soins s'est concentrée sur la redéfinition du périmètre des pôles aux côtés des cadres supérieurs et des cadres de santé pour tenir compte de l'offre combinée⁴² des établissements fusionnés. L'objectif était aussi de mettre à jour les divergences de pratiques dans l'organisation des soins. Cet état des lieux a mis à jour l'absence de cycles de travail collectifs sur l'un des établissements ; seuls les agents titulaires bénéficiaient de cycles tandis que les contractuels servaient de variable d'ajustement. Les cycles de travail prévoyant des semaines blanches ont été généralisés unité par unité et incrémentés suite à l'adoption d'un logiciel de gestion unique.

Une fois la phase d'état des lieux achevée, les propositions des différents groupes de travail ont été présentées pour validation à la direction et aux instances des différents établissements. Le temps laissé à l'état des lieux a conditionné les choix techniques effectués en amont de la fusion et a permis de déterminer les gains attendus au sein des processus de GRH.

⁴² Notamment pour le pôle G centré sur les activités de gériatrie et présent sur l'ensemble des sites du GHBS tant pour les unités de médecine et de SSR que pour celles d'hébergement

Forts de ce diagnostic, le coordonnateur de la DRH et la coordonnatrice des soins ont pu identifier les divergences, les processus non couverts dans certains établissements et cibler les besoins de concertation ou d'accompagnement au changement.

2.2.2. La méthode projet a permis de lever certaines résistances

La coordination des différents groupes de travail par un chargé de mission dédié ainsi que la régularité des COPIL sur la fusion ont permis de valider rapidement les nouvelles règles de gestion ou de faire remonter à l'arbitrage les points bloquants. En effet, même si la phase de diagnostic de l'existant est menée à bien, l'harmonisation des processus métiers et des règles de gestion demeure une étape sensible et la fonction RH concentre à ce titre l'essentiel des crispations et des mouvements de résistance.

Certaines divergences en matière de rémunération dépendant de la localisation des sites, comme l'indemnité de résidence, ont été gommées en détaillant les unités fonctionnelles y compris au sein des équipes communes. L'unification des calendriers de versement a par ailleurs été accompagnée en lissant les versements et en apportant des réponses individualisées⁴³ aux agents confrontés à des baisses ponctuelles de leur salaire. Les groupes de travail étaient également appuyés par un COPIL RH associant les directeurs délégués. Ces derniers ont pu partager l'historique de leurs établissements respectifs et accompagner certains chantiers d'harmonisation.

En parallèle des groupes de travail, les représentants du personnel ont été régulièrement consultés dans le cadre de l'agenda social pour négocier des protocoles sociaux. En accord avec eux et la tutelle, les élections professionnelles ont par ailleurs été reportées⁴⁴ afin de stabiliser les interlocuteurs et de sécuriser les négociations durant tout le déroulé du projet.

La comparaison des règles de gestion entre les établissements à fusionner a fait apparaître le caractère exorbitant de certaines pratiques et a facilité à ce titre la recherche de solutions équitables vis-à-vis des professionnels y compris sur les sites où le climat social était le plus tendu. Parmi les autres garanties apportées par la Direction générale figurait aussi le maintien des CHSCT locaux pour lever une partie des craintes quant à la marginalisation des petits établissements. Le DRH s'est engagé pour sa part à effectuer un suivi des mutualisations mises en œuvre dans le prolongement de la fusion afin de garantir l'équité entre les sites et de communiquer régulièrement sur le sujet auprès des professionnels. Des permanences ont été organisées et animées par la DRH sur l'ensemble des sites pour répondre aux questions des professionnels en lien avec la fusion. Ce suivi avait également pour but de mettre en œuvre un accompagnement personnalisé des agents affectés par les mutualisations et en attente d'informations sur leurs questions statutaires.

Le produit de ces échanges a également façonné l'organisation de la nouvelle DRH unique sur plusieurs sites géographiques.

⁴³Comme la prise en compte des jours non pris pour raisons de service

⁴⁴ Cette règle est prévue à l'article R6144-49 du CSP et se limite normalement aux fusions intervenant moins de six mois avant ou moins de six mois après le renouvellement général des comités techniques d'établissement

2.2.3. Une DRH pour les unifier tous : rationalisation de l'organisation de la direction et de la cartographie applicative

La DRH a veillé à communiquer avec transparence sur les critères qui ont pu justifier la centralisation de certains processus comme la gestion des dossiers retraite qui se caractérisait par un volume de dossiers insuffisant sur les établissements de petite taille pour développer une expertise dans ce champ. La centralisation ne signifiait pas nécessairement une relocalisation sur le site principal de Lorient ; le service de la formation a ainsi été installé à Quimperlé.

La répartition géographique des équipes de la DRH pourrait encore être optimisée après la fusion mais elle était limitée par l'engagement de maintenir une antenne à Quimperlé dont les sites comprennent près de 800 personnels non médicaux. L'organisation de la fonction RH doit se prémunir d'une trop forte centralisation sur le site de Lorient. Il importe en effet que la fonction RH conserve une organisation territoriale pour ne pas se détacher des autres sites et lutter contre l'effet psychologique d'un « groupe » qui rapatrierait les fonctions essentielles. Il est en revanche possible de définir des blocs de compétence par site. Par ailleurs, un front office a été constitué sur la plupart des sites ou déployé par le biais de permanences (Port-Louis/ Rianteq) pour maintenir des relais locaux.

La création d'une DRH unique n'est en revanche pas suffisante pour contribuer efficacement à la création d'une culture commune. Ce changement prendra du temps, la fusion de 1997 qui portait sur le périmètre plus restreint des hôpitaux de Lorient et d'Hennebont avait nécessité près de dix ans pour créer une nouvelle identité commune⁴⁵.

S'agissant des outils, la phase de préfiguration de la fusion a fait apparaître des freins à la centralisation de la gestion du personnel non médical. Les applicatifs constituant le SIRH ou a minima leurs versions étaient en effet disparates entre les établissements. De même, certains processus impliquant des traitements de masse n'étaient pas nécessairement informatisés avant la fusion (ex : recrutement). Néanmoins, les scénarii de migration minimum, indispensables à l'atteinte de la cible au 1^{er} janvier 2018, comportaient uniquement la paie dans le champ des RH. La plupart des outils et applicatifs du CHBS ont par conséquent été généralisés à l'issue de la fusion car ils étaient jugés plus performants et/ou déjà configurés pour intégrer les données des autres établissements.

Etat des lieux des applicatifs RH par processus

Processus	CHBS 	CHQ 	CHLF 	CHPLR 	Cible GHBS 
Gestion du dossier agent	CPAGE V2 RH	CPAGE I RH	CPAGE V2 RH	AGFA	CPAGE I RH
GTT	Agiletime	Hexagone	Planiciel	Planiciel	Agiletime
Paie	PH7 (SIB)	PH7 (SIB)	PH7 (SIB)	Interne	PH7 (SIB)
Evaluation /Formation	-	Gesform	-	-	Gesform
Recrutement	-	-	-	-	Talentdetection

⁴⁵ TRIBALLEAU C., *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion*, Mémoire EDH, octobre 2016, p.8

La mise à jour de CPAGE a tout d'abord permis d'unifier les référentiels des agents gestionnaires de la DRH et de récupérer les données agents de l'ensemble des sites. Au fil de l'avancement des chantiers d'harmonisation, la majorité des processus RH ont pu être centralisés et les règles de gestion unifiées (paie, GTT...). Cette unification des outils a aussi entraîné certains reculs pour des petits établissements comme le CH du Faouët qui a perdu des fonctionnalités de GTT (suivi des compteurs) et qui avait dématérialisé son processus de traitement des factures.

Ce chantier de refonte a toutefois abouti à la construction d'un SIRH unique plutôt qu'à des systèmes interopérables peu évolutifs et a conduit à moderniser la fonction RH.

2.3. La fusion a permis de dégager des économies d'échelle et de préparer la montée en charge de la fonction RH

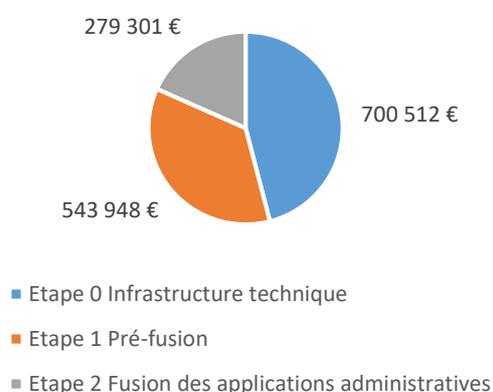
2.3.1. Des surcoûts immédiats au niveau de la DSI mais une optimisation globale des charges de fonctionnement

L'examen des comptes financiers, reconstitués sur 2016 et 2017 sur un périmètre se limitant aux sites principaux de Lorient et de Quimperlé, permet d'observer une hausse des dépenses entre 2016 et 2017 de 18% pour l'exploitation et de 37% pour l'investissement.

	Compte financier 2016		Compte financier 2017		
	CHBS	CHQ	CHBS	CHQ	Part fusion
Exploitation	1 721 073 €	494 212 €	2 119 212 €	498 998 €	229 384 €
Investissement	1 296 981 €	282 856 €	1 839 264 €	329 317 €	978 557 €
Total	3 018 054 €	777 068 €	3 958 476 €	828 315 €	1 207 941 €

Dans le détail, la DSI a imputé 45% de l'investissement et 9% des dépenses d'exploitation de 2017 au projet de fusion.

Investissements DSI relatifs à la fusion (2017-18)



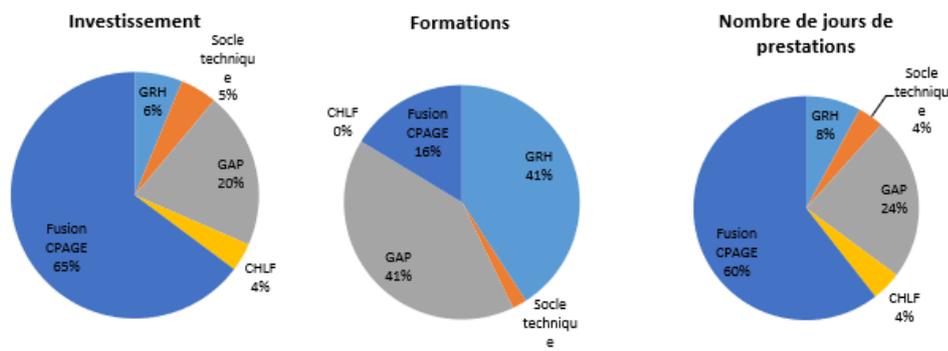
Sur 2017 et début 2018, l'investissement relatif à la fusion est estimé à 1,5 M€ et il n'intègre pas les opérations post-fusion de mise à niveau des applicatifs (étape 3).

Près de la moitié du coût porte sur l'infrastructure (réseaux, système). La migration de la solution intégrée CPAGE (GEF, GAM, une partie du SIRH) représente le poste de coût majoritaire des opérations de pré-fusion.

Source : données du rapport d'activité de la DSI

Etape 1: Pré-fusion migration Cpage V2 vers Cpage-i

	Socle technique	GRH	GAP	CHLF (socle technique + GRH)	Fusion CPAGE + intégration CHPLR
Investissement	26 200,25€	33 790€	111 570€	20130€	35 2257,65€
Formations	2 425€ (2,5j)	8 730€ (9j)	49 882,50€ (51,5j)		19 885€ (20,5j)
Nombre de jours hommes	19,50 jours de prestations à distance + 2 jours sur site	45 jours de prestations à distance + 1 jour sur site	113 jours de prestations à distance + 24 jours sur site	25 jours de prestations à distance	336 jours de prestations à distance +16 jours sur site



12/2017

Total du projet (hors formations) : 543 947,90€

L'intégration des SI nécessaires à la fusion représente un investissement initial conséquent sans rentabilité immédiate. Limiter l'analyse à la DSI ne permet donc d'identifier que des besoins d'investissement et des surcoûts d'exploitation à court terme. Un projet SI rentable doit générer des gains auprès des services métier supérieurs à ces coûts initiaux et suffisants pour couvrir les charges d'amortissement.

Cet investissement initial doit donc être analysé comme un coût d'entrée qui permettra à l'organisation d'optimiser les coûts de maintenance du SIH ainsi que le temps des équipes de la DSI du fait de l'atteinte d'une taille critique.

2.3.2. La refonte a permis d'atteindre une taille critique, de gagner en productivité et de mettre à niveau les sites isolés

L'évaluation des gains relatifs à la fusion et à la refonte des processus métiers est nécessairement partielle à ce stade. La mise à niveau des anciens hôpitaux locaux constitue l'une des avancées immédiates (« quick wins ») les plus visibles après la fusion. Dans le champ de l'imagerie par exemple, les CH de Port-Louis/ Riantec et du Faouët ont été reliés au réseau d'information en imagerie de Lorient et équipés. Ils ont ainsi pu rapidement développer leur activité d'imagerie et gagner en performance⁴⁶. La fusion a ainsi donné à ces établissements un accès à des ressources qu'ils n'auraient pu obtenir isolément et les systèmes d'information constituent en cela une voie privilégiée pour montrer rapidement aux agents ce qu'ils peuvent retirer d'une fusion.

L'atteinte d'une taille critique a aussi permis à la DSI de peser davantage face aux éditeurs pour optimiser les coûts d'investissement, tenir les délais et réduire les coûts d'exploitation

⁴⁶ COHEN P., BROYER L., AUGUSTO V., ALOUI S., *Assessment of an hospital merger : the case of the GHBS*, 2019

courante. La DSI a pu réaliser des économies d'échelle et mener ses projets⁴⁷ tout en stabilisant ses effectifs.

Tableau des effectifs de la DSI

Catégorie	2016	2017	2018
DSI	0.33	1	1
Ingénieur	7	6.5	6
TSH	15.6	16.5	16.5
AMA	1	2	1
Maitre Ouvrier	0.5	0.5	0.5
Adjoint administratif	2.5	2.25	2
Soignant	2	3.2	4.6
Apprenti	0.33	1	1
Total	29.30	32.99	32.60

Source : rapport d'activité 2017

Parmi les gains recensés au niveau de la DSI, le recul de l'activité récurrente au profit des projets est particulièrement intéressant. Le maintien en condition opérationnelle consomme normalement la part la plus importante des ressources d'une DSI et progresse par paliers en parallèle des nouveaux projets. Or la part des ressources dédiées, et notamment le temps des équipes, est passée de 80% en 2016 à 68% en 2017. Selon le DSI, ces gains de productivité s'expliquent par la réorganisation et l'industrialisation d'une partie des processus qui ont facilité la gestion d'un nombre plus important de projets.

Les investissements réalisés pour la fusion n'ont toutefois pas pu faire l'objet d'une étude de coût précise. En effet, seuls les coûts relatifs à la DSI ont été retracés et la part des prestations extérieures relatives aux opérations de fusion n'a pas pu être isolée au sein des forfaits des éditeurs. En outre, le « coût social » de la fusion évoqué par certains responsables rencontrés ou par les organisations syndicales fait partie des coûts induits qui ne peuvent pas être évalués. Il est cependant à noter que le volume global de l'absentéisme a reculé l'année de la fusion (-10 ETP).

Cette taille critique mise à part, la montée en charge de la fonction RH, bien qu'inachevée, a rendu le groupe hospitalier plus performant à l'égard des personnels.

2.3.3. Les gains relatifs à la refonte et à la professionnalisation de la fonction RH

A partir de l'état des lieux préalable sur les processus métiers, un gain potentiel de 30 ETP⁴⁸ avait été identifié sur le nouveau périmètre fusionné.

Au niveau de la fonction RH plus spécifiquement, l'ensemble des processus ont été cartographiés et réinterrogés afin d'évaluer les ressources allouées par les différents

⁴⁷ Migration des applications (Cpage i GRH sur CHBS et CHLF, Cpage i GAP sur CHBS, Xplore, Etc.), reconnaissance vocale (CHBS), DPI Sillage (CHBS/CHQ), Qbloc...

⁴⁸ Avec respectivement 15 ETP dans les services administratifs du fait de la mutualisation des tâches et de la polyvalence et 15 ETP dans les services de restauration en raison du regroupement des activités sur la cuisine centrale d'un GIP

établissements sur chaque processus et de retenir les meilleures pratiques. Le bilan de la DRH fait état de gains d'ETP sur certains processus :

- Paie : 1,3 ETP d'adjoint des cadres du fait de l'externalisation sur l'ensemble des sites sans majoration importante de la prestation
- Formation : 1 ETP de cadre supérieur de santé
- Gestion polyvalente : 1 infirmier
- Direction fonctionnelle : 1 DRH de site

Cette refonte a permis d'éviter certains coûts comme la mise à jour des applicatifs de GTT non retenus ainsi que les charges relatives à l'internalisation de la paie sur le site de Port-Louis / Rianteq. Néanmoins, l'absence de données agrégées sur les coûts des processus avant et après la fusion ne permet pas de livrer une analyse comparée sur les coûts d'exploitation.

A ces gains quantitatifs viennent s'ajouter des gains de performance liés à la nouvelle organisation (cf. annexe 6) retenue par la DRH. Désormais couplée au fonctionnement polaire du GHBS, elle s'appuie sur la polyvalence de ses gestionnaires pour proposer aux encadrants un interlocuteur unique capable de répondre à leurs problématiques de gestion de proximité. Les attachés de la DRH ont quant à eux gagné en autonomie et sont désormais positionnés sur des fonctions de management multi sites. Les adjoints des cadres ont été placés dans un rôle de référents territoriaux par thématiques (paie, temps syndicaux, recrutement, protection sociale...) au détriment des missions d'exécution qui étaient auparavant dupliquées sur les différents établissements. Par ailleurs, de nouvelles fonctions comme celles de préventeur ou de gestion des enquêtes ont enrichi l'organisation.

Le processus du recrutement a été entièrement refondu et digitalisé. La massification des candidatures à traiter pour le groupe a en effet justifié l'acquisition d'une plateforme de recrutement en ligne. Le développement du SIRH concourt ainsi à la transformation de la fonction RH car les nouvelles fonctionnalités ont amélioré le service rendu. A l'issue de la fusion, la DRH se positionne progressivement comme un prestataire interne et cherche à anticiper les besoins des autres domaines fonctionnels en construisant les bases d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) pour le GHBS.

S'agissant de la direction des soins, le travail d'harmonisation a abouti à un processus de gestion de la ressource soignante plus rigoureux et équitable entre pôles et au sein des différents sites. La gestion de l'absentéisme a été optimisée par la mise en place de pools de pôle dimensionnés à partir d'un taux d'absentéisme court moyen de 5,5% (cf. annexe 7). Ces pools ont fidélisé les professionnels contractuels, fluidifié l'organisation et responsabilisé les cadres de proximité par le biais d'une délégation de gestion.

Au niveau des instances de dialogue social en revanche, la fusion n'a pas permis de rationaliser sensiblement leur organisation. Le maintien de quatre Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) pour une DRH unique implique un fort investissement mais garantit la prise en compte des spécificités des différents sites sans les fondre dans le nouvel ensemble.

A partir des six besoins métiers précités, les opérations relatives à la fusion et à l'intégration des SI ont permis d'apporter des réponses à court et à moyen terme.

Objectifs équipe projet RH	Exemples de solutions apportées
Harmoniser les règles de gestion sur le nouveau périmètre GHBS (mobilité, identité, équité, lisibilité) ;	<p>Durant la phase de convergence, la consigne a été donnée de choisir les processus les plus simples sur les différents établissements.</p> <p>L'harmonisation des règles a notamment permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'uniformisation du processus entrée/ sortie des personnels sur le périmètre GHBS - La convergence des modes de versement des primes - L'harmonisation des cycles de travail dans les services de soins - L'unification de la gestion des processus d'évaluation et de formation grâce à la mise en place d'un logiciel commun (effectif depuis l'automne 2018) - La mise en cohérence du processus de paie
Simplifier la gestion administrative (procédures, outils, SIH...)	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement en temps réel du processus de recrutement tandis que le processus initial impliquait des délais de traitement pouvant s'étendre sur plusieurs mois - Optimisation de la gestion de l'absentéisme en recourant à une plateforme commune (whoog) justifiée par l'effet taille de la fusion - Rationalisation de la cartographie applicative - Service unique de médecine du travail - Développement de nouvelles fonctionnalités applicatives sur l'ensemble des sites - Centralisation de la gestion des contrats et des conventions
Moderniser la gestion RH en amenant les équipes à une culture de prestation au service des agents, des pôles et des autres directions	<ul style="list-style-type: none"> - Abandon de la gestion spécialisée au profit d'une polyvalence pour traiter tous les aspects de la carrière d'un agent (projet en cours de finalisation) - Exercice multi-sites - Mise en place d'une fonction reporting (BO) - Développement de la GPMC (première brique avec la création de la base unique Gesform)
Sécuriser les décisions en faisant monter en expertise les collaborateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilisation et formation des cadres de la DRH au sein de la nouvelle organisation - Création d'un poste de contrôleur de gestion sociale - Mutualisation de la veille réglementaire
Rendre les équipes actrices du changement (échanger avec elles sur l'avancée des travaux)	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des groupes de travail et des restitutions lors des comités de pilotage - Délégations de gestion au sein de la direction des soins - Sessions d'agenda social menées avec les représentants du personnel durant la préfiguration
Maintenir et améliorer les conditions de travail.	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de nouveaux métiers : préventeur, coaching sur les parcours de reconversion...

	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation d'un protocole sur la mobilité des agents (projet inscrit à l'agenda social de 2019 sur les dispositifs de mobilité) - Gestion centralisée et harmonisée des risques psychosociaux collectifs (DRH, direction des soins, direction fonctionnelle, médecine du travail, psychologue du travail externe) - Politique de résorption de l'emploi précaire à l'échelle du groupe : normalisation de la durée des contrats sur les anciens hôpitaux de proximité pour accélérer les mises en stage - Généralisation des dispositifs de RTT aux contractuels sur certains sites
--	---

La DRH s'est repositionnée sur une gestion plus coopérative avec les directions fonctionnelles et les pôles et a gagné une meilleure connaissance des secteurs. De nombreux gains n'ont pu être évalués pour l'instant. L'unification de la fonction RH et des règles de gestion associées était susceptible de favoriser la mobilité des agents à l'échelle des différents sites. Toutefois l'incidence de la fusion sur le sujet n'a pas pu être objectivée et seuls les pools de remplacement ont été pour l'instant mutualisés du fait du principe initial d'absence de mobilité forcée.

La majorité des agents ont également bénéficié de l'harmonisation des règles sociales. Dans le domaine de la gestion des contractuels, les jours de RTT ont tout d'abord été généralisés pour mettre en conformité certains sites et des règles communes ont été définies sur la durée des contrats. D'autres rappels à la réglementation ont pu être effectués sur la rémunération des temps partiels. Ces volets ont occasionné des coûts mais ont assaini le fonctionnement de la nouvelle structure désormais pourvue d'une expertise d'un bon niveau dans le domaine de la GTT. Des règles communes de comptabilité analytique ont été définies pour éviter les mouvements de compensation entre budgets et imputer au plus juste les charges et produits sur les unités fonctionnelles. La refonte de la fonction RH a ainsi permis de rationaliser les processus métiers du GHBS et de préparer les projets à venir destinés à approfondir encore les mutualisations sur le territoire et à renforcer l'autonomie des professionnels.

Il importe que l'expérience du GHBS puisse éclairer les projets de fusion à venir. Les facteurs de réussite mais aussi les écueils à éviter seront ainsi rappelés avant d'évoquer les perspectives d'évolution de la fonction RH ouvertes par l'atteinte d'une taille critique suffisante ainsi que par la structuration et l'homogénéisation des processus métiers.

3. Le processus d'intégration du GHBS donne des clés pour sécuriser les gains d'une fusion et préparer l'évolution nécessaire de la fonction RH

3.1. Mobiliser les coopérations existantes et analyser la pertinence du projet d'intégration

3.1.1. Anticiper les travaux d'harmonisation dans le cadre d'une gouvernance commune

Les opérations de fusion hospitalière considérées comme réussies⁴⁹ ont en commun la mise en œuvre de coopérations intégrées préalables à la fusion. Si cette étape semble évidente, il n'en demeure pas moins que des instances de gouvernance communes peuvent simplifier les chantiers de convergence de la fusion. Il s'agit d'une part de coordonner les choix d'organisation et d'infrastructure, le cas échéant par le biais de postes partagés ou d'une direction commune, et d'autre part d'acculturer les acteurs qui devront porter les projets d'harmonisation des organisations. Le partage de la DSI à l'échelle d'un GHT ou d'une direction commune est un facteur de structuration de la gouvernance et répond aux demandes de la communauté médicale qui est souvent confrontée à des logiciels hétérogènes et peu interfacés dans le cadre d'exercices multi-établissements⁵⁰.

En plus de limiter le coût d'investissement relatif à la fusion, cette phase de gouvernance commune limite les problèmes d'interopérabilité des SI et simplifie les opérations à venir de reprise des données. Si un projet de fusion s'avère pertinent, cette période donne également l'opportunité de préparer les organisations et d'agir sur les représentations négatives de la fusion-absorption étant donné que les outils et les règles de gestion ont déjà été en partie harmonisés. Le fait de partager la stratégie d'intégration permet d'anticiper sur le schéma directeur des SI.

Le choix du mode de fusion dépend donc de l'antériorité des coopérations. En l'absence de coopération intégrée existante, il est essentiel d'évaluer l'intérêt d'une fusion et de considérer des solutions alternatives. Tout projet de mutualisation des fonctions support doit être articulé avec la structuration des filières de soins du territoire et peut s'appuyer sur les coopérations médicales. Le projet de fusion précité du GHU Paris psychiatrie et neurosciences a ainsi pu s'appuyer sur des coopérations installées entre Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse. Dès 2011, des groupes de travail ont été organisés pour l'élaboration du projet médical de la CHT créée en 2012. La direction commune de 2014 a permis d'intégrer davantage la gouvernance et la fusion est donc analysée par le directeur du GHU comme une suite logique et non pas comme un « monstre technocratique »⁵¹.

⁴⁹ A l'exception des fusions destinées à soutenir un établissement dont la situation financière est critique

⁵⁰ PLASSAIS O., *GHT et systèmes d'information hospitaliers convergents*, Revue hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016

⁵¹ <https://www.apmnews.com/depeche/136971/336643/ghu-paris-psychiatrie---neurosciences-ne-pas-etre-un-monstre-technocratique--directeur-et-presidente-de-cme->

Dans le cas du GHBS, une gouvernance commune et intégrée préexistait également à la fusion grâce aux instances communautaires⁵² de la CHT et aux réunions régulières sur la stratégie médicale associant les chefs d'établissement, les présidents de CME et le directeur des affaires médicales en poste partagé. La mutualisation des fonctions support ne peut se développer indépendamment du champ médical mais elle conditionne l'approfondissement des coopérations. La création du Grand Hôpital de l'est francilien, dont le processus de fusion a été donné en exemple, s'est également appuyé sur deux jalons majeurs à savoir une direction commune puis le déploiement d'un service interhospitalier d'information médicale qui a facilité la production de données d'activité homogènes et objectives ainsi que la structuration des filières⁵³.

Ces prérequis ne doivent néanmoins pas occulter le besoin d'une étude d'opportunité préalable pour les projets de fusion.

3.1.2. Prévenir les compensations et exploiter les synergies

L'analyse de la pertinence du projet de fusion ou la phase de due diligence dans le secteur privé sont des garanties pour prévenir le biais des compensations vis-à-vis des établissements ou entreprises « absorbés » qui ont tendance à retarder les restructurations nécessaires. Ce phénomène de compensation peut également pousser un établissement fusionné « à développer des activités nouvelles non rentables ou à mettre en œuvre des modes d'organisation inefficients »⁵⁴.

Les initiateurs de projets de fusion doivent par conséquent se prémunir de deux écueils principaux :

- le lancement d'un projet de fusion sans définition de l'organisation cible, qui impliquerait de dissocier le résultat des besoins et des ressources à mobiliser,
- l'investissement lourd dans une étude très détaillée qui pousserait à mobiliser des ressources très tôt dans le projet alors que certains chantiers peuvent être différés, profondément remaniés voire abandonnés.

L'accent doit être mis sur les économies d'échelle et les restructurations qui n'étaient pas envisageables entre établissements autonomes. A cette première contrainte doit s'ajouter la mise en place d'un suivi de ces projets pour objectiver les gains réalisés et tenir la cible. Pour ce suivi, il est crucial de définir des critères ou indicateurs d'évaluation en amont du projet de fusion et de les suivre durant les différentes phases d'intégration. Dans son rapport, l'Igas définit comme priorité la mesure de « l'impact de la fusion sur la qualité de soins, les coûts, la situation financière de l'établissement, la satisfaction des usagers et les conditions de travail »⁵⁵. Or cette évaluation entre l'année n-1 et celle de la fusion est très complexe à mener en raison du passage de quatre entités à une seule dans l'exemple du GHBS. La première année sur le périmètre fusionné est souvent présentée comme une « année blanche » du fait

⁵² Bureau de CHT, commission de communauté, directoire et comité de direction communs et comité des présidents de CME

⁵³ NICOLAOS G., GUILMIN B., COSTA Y., *Le Grand Hôpital de l'est francilien : exemple d'une fusion réussie*, Techniques hospitalières, mars-avril 2017

⁵⁴ IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012, p. 151

⁵⁵ Ibid, p. 55

des difficultés pour fiabiliser les sources de données sur des périmètres d'analyse fluctuants au fil des variations de référentiels comme le FICOM.

Néanmoins, la communication des axes stratégiques rattachés à la fusion est essentielle pour partager l'organisation cible retenue et en préparer le bilan. La communication réalisée par le Centre hospitalier de Chambéry (cf. annexe 8) constitue en cela une bonne pratique car elle définit la cible et permet de suivre l'avancement des chantiers tout en rappelant les principaux engagements à l'égard des personnels. Ce communiqué présente également la fusion comme un moyen d'améliorer l'offre sanitaire. L'intégration des processus métiers et des SI a un rôle de facilitateur dans la réorganisation de cette offre.

L'analyse de la pertinence du projet de fusion limite aussi le risque de sous-estimer les incompatibilités stratégiques entre les établissements en se focalisant par exemple sur les aspects financiers ou en analysant les activités ou parts de marché de manière cloisonnée plutôt que sous le prisme de la fusion. L'opportunité du projet doit être évaluée même lorsque la fusion a été actée politiquement ou qu'il ne s'agit pas d'une fusion-crédation. Les ARS doivent participer à l'étude d'impact des fusions, y compris lorsqu'elles ne relèvent pas de l'initiative du DGARS au sens du CSP⁵⁶. Leur rôle de régulateur garantit la prise en compte des effets d'une réorganisation de l'offre publique sur les autres secteurs privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou à but lucratif. Les ARS intègrent également des facteurs plus politiques (échéances électorales, situation de déséquilibre financier structurel...) qui influent fortement sur le calendrier ou le bien-fondé de ces réorganisations⁵⁷.

L'état des lieux des organisations à fusionner peut alimenter cette étude d'opportunité et préparer les travaux d'intégration.

3.1.3. Définir l'organisation cible à partir d'un état des lieux détaillé et communiquer auprès des professionnels

Dans le cas du GHBS, un état des lieux préalable et approfondi a été mené pour accompagner la refonte de la fonction RH. Outre la création d'une DRH unique, cet état des lieux avait vocation à identifier, dès le lancement du projet, les gains potentiels à obtenir à partir de la situation initiale.

Plutôt qu'un diagnostic inattaquable, l'état des lieux établit un constat des pratiques RH résultant de l'historique et des négociations locales de chaque établissement. Cette étape oblige également l'équipe projet à matérialiser des règles de gestion ou des processus qui étaient peu documentés jusqu'alors.

L'outil développé en partenariat par l'ANAP, la FHF et l'EHESP⁵⁸ donne une méthode et des fichiers de recueil de données pour établir cet état des lieux des pratiques qui renvoie aux macro-processus définis par l'ANAP et qui repose sur sept rubriques :

1. Déroulement de carrière

- Politique et modalités de recrutement
- Politique de gestion des carrières
- Politique d'évaluation
- Politique d'avancement

⁵⁶ Article L6141-7-1

⁵⁷ ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, Vade-mecum pro, Presses de l'EHESP, 2015, p.21

⁵⁸ ANAP, EHESP, FHF, *Outil RH et GHT : état des lieux des règles de gestion et des pratiques RH*, avril 2016

2. Garanties et obligations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique de rémunération ▪ Politique de gestion du temps de travail ▪ Exercice des droits syndicaux
3. Lieu d'exercice
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilité interne ▪ Règles d'affectation en cas de mutualisations d'activités
4. Conditions d'exercice
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des plannings et rythmes de travail ▪ Dimensionnement des services et niveaux d'effectifs ▪ Modalités de gestion des remplacements ▪ Politique managériale de l'encadrement ▪ Politique de santé au travail
5. Politique de formation
6. Politique de parcours professionnels
7. Politique d'action sociale

Source : BARBOT J-M., ROSSIGNOL J., GHT et GRH, 2017, p.58-59

Cette approche par processus permet de comparer les organisations et de recenser les règles divergentes. Cela équivaut à lister les besoins de convergence, notamment en matière de rémunération et de temps de travail, et à définir la feuille de route des nombreux groupes de travail nécessaires à cet égard.

D'un point de vue technique, l'état des lieux référence l'ensemble des bases à mettre à jour ou à harmoniser ainsi que les règles à définir pour la reprise des données. Le guide méthodologique construit par la DGOS⁵⁹ donne un cadre sur les domaines métiers RH à homogénéiser dans la cartographie applicative et identifie les prérequis ainsi que les chantiers connexes comme la construction d'un FICOM unique. La confrontation de l'existant, sous forme de processus, à la cartographie cible de la fusion donne une feuille de route à la DSI pour procéder à la convergence selon une méthode de référence⁶⁰. L'information précoce de la DSI sur les priorités stratégiques et les synergies recherchées est cruciale pour identifier les risques liés à l'intégration, lancer les chantiers rapidement et éviter les investissements inutiles⁶¹. Cet état des lieux se double donc d'une cartographie applicative pour visualiser les logiciels métiers à faire évoluer et identifier les options d'intégration à privilégier pour éviter les régressions et optimiser les coûts de maintenance.

La connaissance de l'existant prévient par ailleurs l'opacité des objectifs de la fusion qui est considérée comme une cause d'échec majeure⁶². Elle nourrit la communication auprès des professionnels dont l'adhésion et la participation aux groupes de travail sont essentielles à l'évaluation des pratiques. Les objectifs d'efficacité associés aux projets de mutualisation doivent être clairement affichés. Seule une communication régulière sur les conditions de réussite de la fusion est à même de répondre aux tensions provoquées par les réorganisations et de mobiliser les professionnels. De même, les garanties apportées par le nouvel ensemble sur les conditions de travail, comme l'absence de mobilité forcée, doivent être partagées.

Cette phase de diagnostic est également l'occasion de définir des éléments de langage pour partager des référentiels communs entre des équipes qui ne se connaissent pas. La direction

⁵⁹ DGOS, *Guide méthodologique : stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, fiche 2.3.13, juillet 2016

⁶⁰ JABBAR S., LAHBOUBE F., SOUISSI N., ROUDIES O., *Optimisation de la cartographie des processus du système d'information de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V*, Santé publique, Vol. 29, N°3, mai-juin 2017

⁶¹ DAWSON D., WALLER S., MAVROS K., *The role of IT in successful merger integration*, Booz&co, 2010

⁶² IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012, p. 243

des soins de Lorient a par exemple veillé à définir précisément la méthode de révision des maquettes organisationnelles en explicitant notamment les facteurs d'identification des postes pérennes par rapport à ceux mobilisés au titre de remplacements.

Afin de préparer la mise en œuvre concrète et progressive de l'organisation cible, une place prépondérante doit être accordée aux représentants du personnel ainsi qu'à l'encadrement chargé de porter les réorganisations.

3.2. Gérer la temporalité, associer les parties prenantes et accompagner l'encadrement

3.2.1. Sécuriser le court terme et définir un calendrier à partir d'un scénario socle

Pour atteindre la cible fusionnée du GHBS au 1^{er} janvier 2018, la DSI avait inclus au scénario minimal de migration l'identifiant unique du patient pour assurer la continuité et le suivi des prises en charge au 1^{er} janvier 2018, la synchronisation des référentiels débiteurs pour facturer les séjours et l'harmonisation des données et du processus de paie pour rémunérer les professionnels. Le mode de fusion absorption a permis à ce titre de gagner du temps et de simplifier la construction des référentiels en intégrant les données des autres établissements à la base du CHBS.

Cette cible a aussi orienté les groupes de travail sur la fonction RH, notamment celui sur la paie et les primes, tout en laissant du temps à l'harmonisation des autres processus métiers à l'instar de l'option retenue par le CH Métropole Savoie qui a reporté une partie de ces chantiers (cf. supra). La création du CH Annecy Genevois initiée en 2012 a par exemple nécessité de passer en revue près de 300 règles et pratiques dans le seul champ des ressources humaines⁶³. Or cette étape est essentielle pour identifier les divergences significatives qui nécessiteront une mise en cohérence.

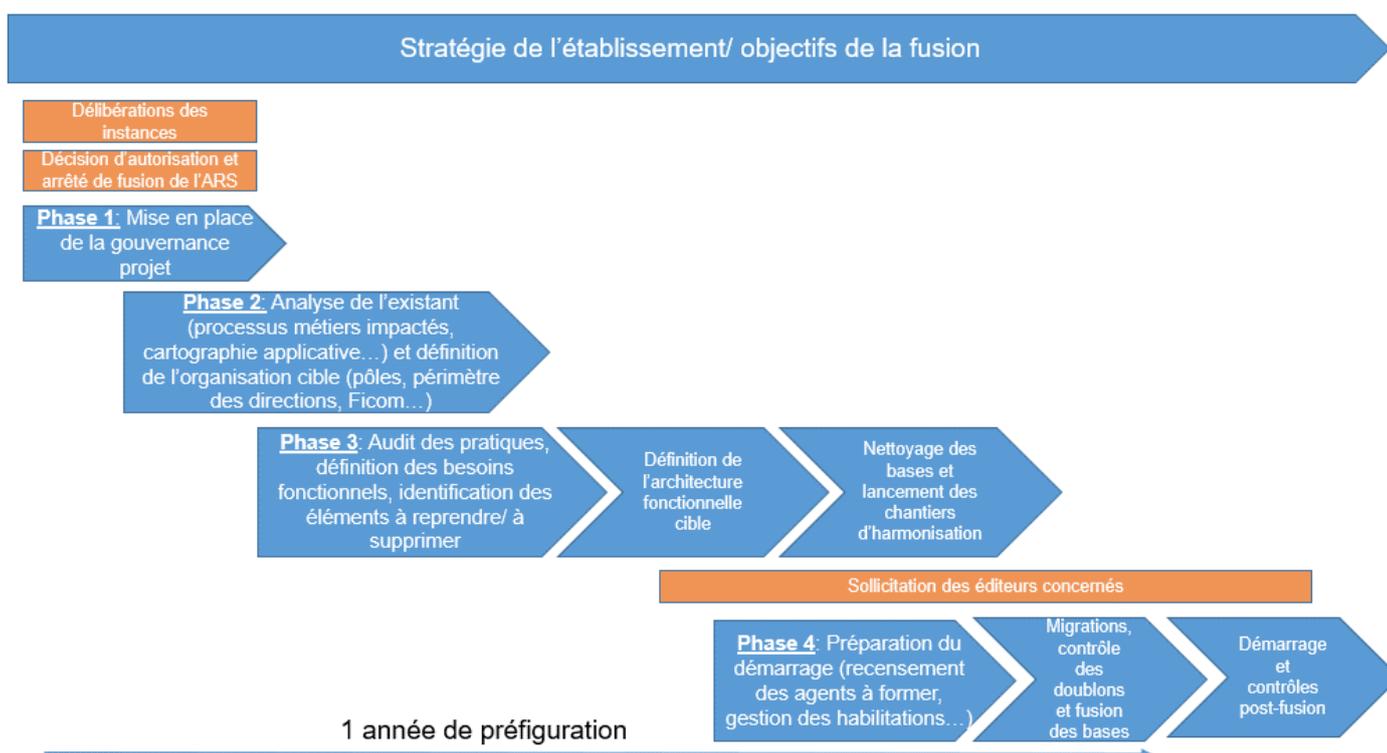
Dans le cas du GHBS, la coordonnatrice des soins a jugé la période de préfiguration trop courte en l'absence d'accompagnement extérieur pour garantir l'appropriation des nouvelles modalités de gestion et de pilotage des organisations. La revue des maquettes organisationnelles s'est souvent heurtée à un manque de ressources ou à des situations de sureffectifs ce qui a imposé des solutions de court terme pour garantir la stabilité des maquettes ou octroyer les périodes de congés d'été la première année de la fusion. La priorité de l'intégration est de sécuriser le court terme.

Les auteurs du rapport de la mission Groupements Hospitaliers de Territoire⁶⁴ font valoir que la convergence des systèmes d'information s'organise à moyen terme et doit pouvoir s'appuyer sur un schéma directeur ainsi qu'un état des lieux approfondi de la cartographie applicative et des durées d'engagement avec les éditeurs. En effet, la refonte des processus métiers et des applicatifs associés suppose de prévenir en amont les éditeurs concernés pour s'assurer de la disponibilité de leurs équipes durant les phases de migration de la fusion.

⁶³ ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, Vade-mecum pro, Presses de l'EHESP, 2015, p.82

⁶⁴ HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission*, février 2016, p.22

Planning type des opérations de convergence liées à la fusion



Par conséquent, il importe de ménager aux professionnels impliqués dans le projet au moins une année de préfiguration pour leur donner le temps de mener à bien le processus de concertation et de préparer les organisations au changement. Cet investissement temps initial réduit la période de coexistence des systèmes d'information des établissements fusionnés et donne un délai suffisant pour façonner une cible de convergence cohérente comprenant notamment des données patients homogènes et un environnement de travail unique pour les professionnels des différents sites géographiques.

3.2.2. Associer les métiers, les représentants du personnel et suivre les réorganisations

La dimension RH d'un projet de fusion repose sur plusieurs niveaux d'acteurs⁶⁵ : un DRH conducteur de projet, la Direction des soins, un Comité de pilotage comprenant les chefs d'établissement et un directeur coordinateur pouvant être le Directeur Général Adjoint.

Ce schéma d'organisation a été retenu dans le cas de la fusion sur le territoire Bretagne Sud. Sur le versant « groupe projet », les ateliers de travail préparant la fusion ont associé en priorité les métiers afin d'isoler les sujets ouverts à la négociation et ayant des incidences fortes sur les personnels. La réussite de ces groupes tient en premier lieu à l'association de professionnels de l'ensemble des sites géographiques mais aussi des directeurs délégués dont le positionnement et la connaissance des organisations ont facilité les arbitrages. Cette première phase de six mois a permis de réduire la complexité des dossiers d'harmonisation et d'aborder plus sereinement le dialogue avec des partenaires sociaux centrés sur les problématiques de leurs établissements respectifs.

⁶⁵ ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, Vade-mecum pro, Presses de l'EHESP, 2015, p.61

La fréquence mensuelle des COPIL RH donnait l'opportunité de réunir régulièrement les directions fonctionnelles et l'équipe projet. Le travail de synchronisation des directions fonctionnelles mené par la Direction générale a été identifié comme un élément clef de réussite pour la gestion des projets de la fusion, notamment dans la relation entre les nouvelles directions territoriales (Logistique, Travaux, Ressources humaines ...) et la DSI.

Le « couple » DRH et Direction des soins a également été déterminant pour adapter dans le détail les organisations au nouveau cadre fusionné durant la phase de préfiguration. Le travail de proximité des cadres de santé a permis de concilier l'harmonisation des règles de gestion et l'équilibre des organisations en procédant à de nombreuses réaffectations entre unités à partir des souhaits des agents aussi bien en termes d'activité que de quotité de temps de travail.

A son arrivée, le DRH coordonnateur de Lorient a par ailleurs insisté sur son rôle de facilitateur aux côtés des autres directions fonctionnelles. Les directions métiers doivent garder la main sur leur organisation et la DRH a vocation à accompagner les restructurations ainsi que les situations individuelles complexes. La DRH peut solliciter à ce titre un appui de l'ARS afin de déployer des dispositifs comme une cellule locale d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO)⁶⁶. Cette cellule vise à proposer aux agents concernés par des réorganisations un accompagnement individuel (information, définition d'un projet de mobilité ou de conversion, départ volontaire...) dont le surcoût de financement peut être pris en charge par l'ARS. Ce dispositif n'a pas été sollicité dans le cas du GHBS étant donné que le projet de fusion a été décorrélé de la fermeture du service de chirurgie et de la maternité du site de Quimperlé. Pour piloter les cellules d'accompagnement social, la DRH peut faire valoir les atouts de la proximité, de la connaissance de la structure hospitalière et du bassin d'emploi ainsi que de l'expérience de ses agents⁶⁷.

En complément des métiers, le processus de fusion doit accorder un temps important au dialogue et à la négociation avec les organisations syndicales des différents établissements sur le point de fusionner. Les conditions d'exercice syndical et la situation des représentants syndicaux du futur établissement doivent être clarifiées en amont contrairement à certains processus de la fonction RH dont l'harmonisation pourra être repoussée après la fusion.

Le DRH coordonnateur de Lorient (CHBS) a ainsi veillé à ce que les engagements du nouvel établissement envers les représentants syndicaux et l'ensemble des professionnels soient inscrits dans six protocoles dédiés et validés par la Direction générale. Ces engagements comprenaient notamment :

- La mise à disposition sur chacune des quatre entités de moyens et d'équipements (local distinct pour chaque organisation syndicale représentative, tableaux d'affichage...),
- L'harmonisation des règles de gestion à court terme (critères de notation, d'avancement de grade, organisation du temps de travail...),
- Les fondements du futur projet social (amélioration des conditions de vie au travail, approche personnalisée de la gestion des ressources humaines...).

La participation des représentants syndicaux aux instances de pilotage a permis d'alimenter les protocoles sociaux du nouvel établissement. Ces documents constituent une garantie de

⁶⁶ Circulaire n° DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional

⁶⁷ DELIVRE O., MOCELLIN M-C., *Quel accompagnement ressources humaines dans les restructurations ?*, Synthèse de l'atelier des Rencontres RH de la santé, Techniques hospitalières, n°769, mars-avril 2018

pérennité des engagements pris ainsi que des critères utilisés pour harmoniser les processus métiers des établissements. L'association des syndicats prémunit aussi la nouvelle organisation d'une mauvaise prise en compte des particularités locales et des contraintes de mobilité. Le DRH coordonnateur doit être en mesure d'identifier rapidement les points de convergence pour enclencher l'harmonisation. La mise en conformité de certains sites en matière de résorption de l'emploi précaire ainsi que le maintien de CHSCT locaux ont permis à ce titre d'amorcer les négociations.

Le degré de participation des organisations syndicales au processus de convergence dépend du calendrier fixé ainsi que de la qualité du dialogue social au sein des différents établissements. Cette participation doit en outre se combiner à un portage efficace des mesures de convergence par l'encadrement.

3.2.3. Homogénéiser et accompagner les pratiques managériales

Pour que la nouvelle organisation cible génère des synergies, le processus d'intégration implique des réorganisations et nécessite une implication forte de l'encadrement. Durant la période de préfiguration de la fusion, la direction des soins de Lorient a ainsi mené un travail important tenant à l'identification de l'équipe de cadres supérieurs en pilotage de pôle. La coordonnatrice des soins a constaté une hétérogénéité importante des acquis de management et de pilotage lors de ses rencontres avec l'ensemble des cadres. Un compagnonnage des cadres supérieurs a été mis en place pour travailler en priorité sur l'harmonisation des règles de gestion de la ressource soignante. Des ateliers thématiques ont été pilotés par la coordonnatrice et des cadres supérieurs pour faciliter les échanges avec l'encadrement. Les deux cadres supérieurs gérant le pool des arrêts longs ont ainsi organisé des ateliers destinés à acculturer les cadres de l'ensemble des sites sur les règles de gestion et sur la formalisation attendue pour les demandes de remplacement.

Pour accompagner la délégation de moyens, des rencontres mensuelles sont désormais organisées entre les cadres supérieurs en responsabilité de pôle et les gestionnaires de la DRH afin d'objectiver les besoins en référence à l'EPRD. Ces temps d'échange donnent l'occasion de passer en revue toutes les unités ainsi que la situation des agents⁶⁸ et tissent des liens entre gestionnaires RH et cadres soignants. Cette instance est identifiée comme un lieu de négociation et de remontée des besoins après analyse des solutions alternatives au sein des services. Pour la coordonnatrice des soins, ce mode de gestion déconcentré a permis de responsabiliser les cadres des sites plus isolés et de donner des gages sur l'ampleur des moyens déployés au sein du groupe hospitalier pour soutenir les organisations soignantes. La délégation de moyens a favorisé la montée en compétences des cadres et les a sensibilisés aux enjeux de redéploiement quotidien des ressources en fonction du niveau d'activité.

La montée en compétence des cadres de la DRH et de la direction des soins concourt enfin à moderniser l'organisation de la fonction RH à partir de processus métiers revus et homogénéisés dans le cadre d'un projet de fusion.

⁶⁸ Prolongation de contrats, modification des quotités de temps de travail, anticipation des départs ou d'arrêts programmés...

3.3. Préparer l'émergence de fonctions RH territorialisées et digitalisées

3.3.1. L'adaptation de la fonction RH au sein d'organisations hospitalières intégrées

Qu'il s'agisse de projets de fusion ou de projets de mutualisation au sein de GHT, la fonction RH doit s'adapter pour accompagner au mieux les réorganisations nécessaires sur les territoires et continuer à développer les ressources des professionnels.

Les résultats de l'enquête Evocare commanditée par l'Adress en 2018 identifient trois axes d'optimisation de la GRH dans les établissements de santé⁶⁹ :

- La mise à disposition de nouveaux services et conseils RH aux agents ou « clients internes »,
- L'autonomie croissante des agents hospitaliers,
- Le développement de liens directs entre les professionnels et la DRH.

Les directions des ressources humaines seraient ainsi amenées à adopter des missions proches d'un centre de gestion à l'instar de ceux de la fonction publique territoriale ou à muer en DRH de territoire. La DRH doit en effet s'adapter à l'approfondissement des intégrations entre établissements notamment au sein des GHT⁷⁰ tout en tenant compte de l'absence de personnalité morale du groupement et de la coexistence de plusieurs employeurs. D'ores et déjà impactée à travers la gestion d'équipes médicales communes, l'intégration de services support, les pôles interétablissements, les réorganisations potentielles de filières territoriales dans le cadre du PMP, les DRH ont vocation à accompagner les transformations des métiers ainsi que les mutualisations à l'échelle du territoire.

La création d'une fonction RH de groupement impliquerait de dépasser le cadre des coopérations prévues par la loi de 2016 et de développer des missions d'expertise ou une politique de mobilité bénéficiant à l'ensemble des établissements parties et améliorant ainsi le service rendu. La coordination des politiques RH du groupement pourrait conduire à la définition d'un agenda social territorial de GHT en appui de la conférence territoriale de dialogue social ou à la mise en place d'une cellule d'accompagnement territorial. Le groupement hospitalier de Champagne a ainsi déployé en 2017 un portail RH pour diffuser plus largement les offres d'emploi et encourager la mobilité interne⁷¹.

Pour accompagner au mieux les réorganisations, l'approche par processus précitée de l'ANAP peut être mobilisée pour évaluer l'incidence de la territorialisation sur ces différents processus et retenir pour chacun d'entre eux l'échelon ou le degré de subsidiarité le plus pertinent. Ainsi, si l'évaluation des professionnels peut être centralisée, la gestion locale des absences semble nécessaire pour tenir compte des spécificités des sites et des métiers. Les DRH de territoire pourraient alors se rapprocher du modèle des centres de gestion de la fonction publique territoriale et assurer des prestations comme l'organisation des concours, la publicité des postes ou encore l'accompagnement social des agents. Ces évolutions sont en revanche limitées par l'hétérogénéité des degrés de maturité des GHT et supposent la mise

⁶⁹ LARTIGAU J., MARCHANDET S., *Quelle GRH à l'hôpital ?*, Santé RH, n°114, mars 2019

⁷⁰ ROBIN T., *Construire la fonction RH dans les GHT par une approche processus : extrait de la synthèse des rencontres RH de la santé 2016*, Techniques hospitalières, n°761, janvier-février 2017

⁷¹ SALVI N., BERTRAND-MAPATAUD M., *La fonction ressources humaines, clé de réussite pour les GHT*, Revue Hospitalière de France, n°577, juillet-août 2017

en œuvre d'une stratégie d'intégration de groupement⁷². La territorialisation n'impliquerait donc pas nécessairement la centralisation de la fonction RH au niveau de l'établissements support. Dans le cas du GHBS, la fusion a permis de répartir la gestion des processus entre plusieurs sites. Une séparation des missions entre experts (back-office) et agents RH polyvalents (front-office) peut également être envisagée.

Ces évolutions donnent une place centrale au SIRH convergent qui donne un référentiel commun ainsi qu'un socle métier et technique⁷³ pour construire un sentiment d'appartenance.

Parmi ses pistes de réflexion⁷⁴, l'Adrhess propose de mutualiser :

- des missions comme la santé au travail, l'organisation de concours, la gestion des reclassements ou l'expertise juridique,
- de nouveaux métiers comme le contrôleur de gestion sociale,
- voire des processus entiers comme la paie.

La modélisation des processus métiers RH et l'unification des règles de gestion sur un périmètre de plusieurs établissements ouvrent également des perspectives en matière de digitalisation de la fonction RH.

3.3.2. Une digitalisation et un enrichissement des métiers support à accompagner

Les méthodes de travail ainsi que les métiers des fonctions support sont profondément affectés par les innovations technologiques qui favorisent l'autonomie des utilisateurs qualifiés de « clients internes ». Certains processus métiers sont ainsi entièrement redéfinis dans le champ des ressources humaines comme le recrutement (utilisation des réseaux sociaux pour la constitution de viviers, gestion dématérialisée des candidatures...) et la formation (dématérialisation des demandes, e-learning...). Or la rationalisation des processus métiers, effectuée à l'occasion d'une fusion, ouvre la voie à la digitalisation des métiers. La construction d'une DRH unique a ainsi été un levier pour enclencher la digitalisation de la fonction RH actuellement en projet au GHBS. Les métiers de la DRH se sont modernisés, de nouvelles fonctions apparaissent et les agents gestionnaires sont devenus polyvalents. Par ailleurs, de nombreux processus RH comme la gestion des congés, les entretiens annuels ou la gestion de candidatures se prêtent à la digitalisation. L'organisation mise en place par le GHBS pose des bases solides dans la perspective de la digitalisation de ces processus à l'instar de ce qui a été initié au CHU de Montpellier à partir de 2014.

Cet établissement a effectivement réussi à déployer via l'intranet un accès personnalisé des agents à leur dossier administratif, à leur compteur temps et à digitaliser des processus comme l'évaluation des personnels. Cette fonctionnalité qui permet de formaliser les étapes et les acteurs du flux (workflow) - ici les niveaux de validation de l'encadrement - est effective depuis 2017, année de la première campagne zéro papier. La paie quant à elle n'est pas encore totalement numérisée mais les agents ont d'ores et déjà accès à leurs bulletins de salaire sur leur espace personnalisé. La logique intégrative du portail doit progresser, il ne permet pas encore de centraliser l'accès à l'ensemble des applicatifs RH via une authentification unique

⁷² FARHI F., *Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration*, Gestions hospitalières, n°586, mai 2019

⁷³ Parcours d'intégration, accès à distance, optimisation des délais de traitement, harmonisation de la communication, politique de recrutement homogène sur les métiers en tension, etc.

⁷⁴ <https://www.apmnews.com/nlstory.php?objet=274534>

(Single Sign-On). Selon le DRH, un nouveau portail est déjà à l'étude pour permettre aux professionnels de renseigner des formulaires de demande d'aménagement du temps de travail. La signature électronique devrait faciliter cette évolution vers une dématérialisation complète des échanges et des décisions administratives mais cette fonctionnalité exige la mise en place d'un coffre-fort numérique, des paramétrages lourds et un travail partenarial avec le comptable public pour la certification de conformité des documents.

L'objectif à terme est de donner aux agents la possibilité d'effectuer à distance et à toute heure la plupart de leurs demandes (formations, remboursement de frais...) ce qui permettrait en parallèle de recentrer les agents de la DRH sur des missions à plus forte valeur ajoutée et de positionner la direction comme un prestataire de services au sein de l'établissement voire à l'échelle du territoire. En effet, forts des retours positifs des professionnels et de l'investissement initial, le CHU pourrait proposer l'extension de certaines fonctionnalités à l'échelle du GHT dans des domaines intéressant l'ensemble des fonctions RH comme la publication des postes.

Cette digitalisation des processus métiers fait partie des perspectives du GHBS après la fusion. L'homogénéisation des processus métiers ainsi que la structuration de la DRH comme prestataire interne sont des prérequis au développement de comptes RH individualisés permettant aux agents de réaliser leurs démarches à distance. Ce chantier implique aussi de nouveaux investissements dans les technologies mobiles si l'on tient compte du nombre important d'agents hospitaliers sans accès direct à un poste informatique.

Pour compléter cet exercice de prospective, il est également possible d'imaginer le potentiel des nouvelles technologies ou méthodes d'analyse dans le champ des ressources humaines hospitalières.

3.3.3. Intelligence Artificielle, Data science et fonction RH

Bien que cette perspective semble bien plus lointaine que la digitalisation des processus RH, l'intelligence artificielle (IA) est susceptible de remodeler trois domaines privilégiés de la fonction RH : le recrutement (analyse du fond du discours et présélection en fonction des qualités personnelles ou « soft skills » repérées), l'analyse des données de pilotage (applications de la data science) et la communication. Deux niveaux d'IA sont susceptibles d'outiller la GRH :

- l'intelligence assistée pour faciliter la prise de décisions en organisant au mieux la présentation de données et en automatisant les tâches récurrentes,
- l'intelligence augmentée qui permet d'améliorer des processus en mettant à disposition des utilisateurs des systèmes qui s'améliorent à leur contact (ex : chatbot).

La science des données ou data science comporte également un potentiel de développement intéressant susceptible de remodeler les processus métiers RH. Les méthodes de fouille, de tri et de traitement de données qui s'appuient sur cette discipline donnent des clefs pour exploiter efficacement les nombreuses données d'une DRH et effectuer des analyses prédictives dans des champs stratégiques comme la prévention des accidents de travail ou les reclassements. Certains éditeurs proposent déjà dans le secteur privé des outils d'analytique RH pour la production de statistiques avancées⁷⁵. Dans le secteur du bâtiment,

⁷⁵ SASSI Y., *La fusion des mondes de l'IA et du Big Data avec celui de la RH*, Enquête Change the work, Septembre 2018

l'entreprise Oracle a ainsi proposé d'équiper des ouvriers pour recueillir des données comme le temps de travail, le nombre de pas afin d'analyser les causes principales des accidents de travail. Ces données générées par les professionnels et analysées par l'IA doivent permettre à la fonction RH d'identifier les problématiques ou signaux faibles (baisse de motivation, manque de compétences...) plus rapidement et d'intervenir de manière ciblée.

Outre les limites relatives à la sécurité des données personnelles, le potentiel de l'IA ne doit pas être surestimé dans l'immédiat. Enguerrand Habran, directeur du fonds recherche et innovation de la Fédération hospitalière de France, privilégie l'option d'un « personnel augmenté » pouvant notamment se projeter plus facilement sur le territoire au moyen d'outils connectés et partagés⁷⁶. Tout comme la digitalisation des processus, les nouvelles techniques de traitement des informations doivent concourir à « libérer » la DRH des opérations de gestion courante afin de développer des activités qualitatives d'accompagnement, de qualité de vie au travail et de développement des potentiels.

⁷⁶ Actes du colloque ADRHESS, *Quelle GRH dans l'hôpital de demain ?*, Gestions hospitalières, n°582, février 2019

Conclusion

La stratégie d'intégration des SI est indissociable de celle d'un établissement de santé. A cet égard, la réussite d'un projet de fusion dépend en partie de l'intégration des SI pour en révéler le potentiel. De même, la fusion donne l'opportunité de rationaliser l'architecture globale d'un SIH et de préparer la stratégie future de la nouvelle entité.

Les opérations d'intégration ont un rôle proactif dans les processus de fusion à condition que la conduite du projet repose sur un état des lieux alliant les points de vue métiers, fonctionnels et techniques et que la stratégie d'intégration se prémunisse d'une approche simpliste se cantonnant à un choix de logiciels. Un projet de fusion qui se fonde sur les besoins fonctionnels et qui associe les métiers ainsi que les partenaires sociaux favorise l'adhésion des utilisateurs en augmentant notamment les fonctionnalités couvertes par le SIH sur l'ensemble des sites géographiques.

La refonte de la fonction RH du GHBS illustre l'ampleur des chantiers de convergence, souvent sous-estimés, et met en évidence le rôle catalyseur de la fusion pour clarifier, interroger puis optimiser les processus métiers.

Bien que le présent mémoire ne puisse livrer un bilan objectif de la fusion, il met en évidence que ce type de recomposition ne peut pas être effectuée a minima sans quoi la nouvelle entité se bornera à s'empiler sur les organisations préexistantes sans générer de gains durables. De plus, si la quête effrénée de synergies peut rendre une organisation plus efficace et limiter les coûts d'exploitation, elle ne refond pas nécessairement pour autant l'organisation pour la rendre plus innovante ou pour la préparer à l'intégration de nouvelles technologies.

Ainsi, si une intégration planifiée et cohérente des SI n'est pas une condition suffisante de réussite, elle n'en reste pas moins un prérequis pour faciliter les restructurations post-fusion et générer des gains économiques tout en prévoyant les évolutions technologiques et organisationnelles à venir comme la digitalisation de la fonction RH. Dans le cas du GHBS, la réussite de la fusion ne pourra être appréciée qu'à l'aune des actions entreprises pour la parachever et aboutir à la constitution d'une culture de gestion commune.

De nombreuses opérations de fusion se caractérisent par l'arrêt de la phase projet une fois la fusion juridique effective au 1^{er} janvier. Il conviendrait pour tout nouveau projet similaire d'adopter la méthodologie de l'évaluation des politiques publiques pour analyser à moyen terme les écarts entre les effets ou gains attendus et le résultat obtenu et prévenir le phénomène de l'« année blanche » de la fusion. Ce travail d'évaluation suppose également de conserver la traçabilité des opérations de fusion et des difficultés rencontrées pour reconstituer facilement l'historique des recompositions. L'adoption d'un cadre d'analyse de ce type devrait permettre de structurer les démarches projet, d'homogénéiser les retours d'expérience des établissements et d'éclairer ceux souhaitant approfondir leur stratégie territoriale d'intégration.

Bibliographie

Ouvrages

- ANGOT H., *Système d'information de l'entreprise : des flux d'information au système d'information de gestion automatisé*, Management, 2006
- BARBOT J-M., ROSSIGNOL J., *GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, Décideur Santé, LEH Edition, 2017
- HAGEGE C., *Gouverner le système d'information hospitalier*, Les Etudes hospitalières, 2006
- LARTIGAU J., BARBOT J-M., GIRIER M., MOCELLIN M-C., *Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital*, Santé RH, Infodium Editions, 2015
- MARCON E., GUINET A., TAHON C., *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Lavoisier, 2008
- ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, Vade-mecum pro, Presses de l'EHESP, 2015

Articles

- COHEN P., BROYER L., AUGUSTO V., ALOUI S., *Assessment of an hospital merger : the case of the GHBS*, 2019
- DAWSON D., WALLER S., MAVROS K., *The role of IT in successful merger integration*, Booz&co, 2010
- DE BENALCAZAR S., *La notion de système d'information convergent*, Gestions hospitalières, n°566, mai 2017
- DELIVRE O., MOCELLIN M-C., *Quel accompagnement ressources humaines dans les restructurations ?*, Synthèse de l'atelier des Rencontres RH de la santé, Techniques hospitalières, n°769, mars-avril 2018
- ELIDRISSI D. et ELIDRISSI A., *Contribution des systèmes d'information à la performance des organisations : le cas des banques*, La Revue des sciences de gestion, n°241, 2010, p. 55-61.
- FARHI F., *Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration*, Gestions hospitalières, n°586, mai 2019
- GHOSH S., *Winning with an IT M&A Playbook*, AT Kearney, Juin 2013
- HOLMGREN A. J., ADLER-MILSTEIN J., *Does electronic health record consolidation follow hospital consolidation ?*, Health Affairs Blog, Mars 2019
- JABBAR S., LAHBOUBE F., SOUISSI N., ROUDIES O., *Optimisation de la cartographie des processus du système d'information de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V*, Santé publique, Vol. 29, N°3, mai-juin 2017
- JEANNE F., *Shadow IT : définir le spectre de la nouvelle gouvernance du SI*, IT for Business, N°2204, mars 2016
- JOLIVALDT F. et LE GLOAN C., *Préalables pour un SIH convergent au sein des GHT*, Revue hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016, p.48-50.
- LAUDE L. et LOUAZEL M., *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, Journal de gestion et d'économie médicales, Vol. 31, n°2-3, juillet-août 2013, p. 93-106.
- NICOLAOS G., GUILMIN B., COSTA Y., *Le Grand Hôpital de l'est francilien : exemple d'une fusion réussie*, Techniques hospitalières, n°762, mars-avril 2017, p.32-37.

- PLASSAIS O., *GHT et systèmes d'information hospitaliers convergents*, Revue hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016, p.44-47.
- POURQUERY D., *BNP Paribas : un mariage technologique réussi*, l'Express, 22 novembre 2001
- ROBIN T., *Construire la fonction RH dans les GHT par une approche processus : extrait de la synthèse des rencontres RH de la santé 2016*, Techniques hospitalières, n°761, janvier-février 2017
- SALVI N., BERTRAND-MAPATAUD M., *La fonction ressources humaines, clé de réussite pour les GHT*, Revue Hospitalière de France, n°577, juillet-août 2017
- SASSI Y., *La fusion des mondes de l'IA et du Big Data avec celui de la RH*, Enquête Change the work, Septembre 2018
- WLODYKA P., *Systèmes d'information, stratégie et gouvernance hospitalière*, Revue hospitalière de France, n°545, mars-avril 2012, p.68-71.

Mémoires et actes de conférence ou de colloque

- BRUNETTO G., *Fusion d'entreprises et intégration des systèmes d'information*, XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève, 13-16 Juin 2006
- TRIBALLEAU C., *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion*, Mémoire EDH, 2016
- Actes du colloque du PREPS-SIPS, *Investir dans les SI en santé : quels apports ? Quelle évaluation ?*, 2017
- Actes du colloque ADRHESS, *Quelle GRH dans l'hôpital de demain ?*, Gestions hospitalières, n°582, février 2019

Rapports et guides méthodologiques

- Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VIII, 2008
- CIGREF, *Dynamique de création de valeur par les Systèmes d'Information : une responsabilité partagée au sein des Directions des grandes entreprises*, 2008
- IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012
- ALAIN D., *Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs*, ANAP, mars 2014
- HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, février 2016
- ANAP, EHESP, FHF, *Outil RH et GHT : état des lieux des règles de gestion et des pratiques RH*, avril 2016
- DGOS, *Guide méthodologique : stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, juillet 2016
- DGOS, *Atlas des SIH 2018 : Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, mai 2018
- AUBERT J-M., *Rapport sur les modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*, janvier 2019

Sites internet

- <https://www.anap.fr>
- <https://www.apmnews.com>
- <http://www.dsih.fr>
- <https://www.ticsante.com>

Liste des annexes

Annexe 1 : Progression dans le temps de l'informatisation au sein des établissements de santé

Annexe 2 : Principaux modes d'intégration des systèmes d'information

Annexe 3 : Chronologie de la mise en œuvre du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Annexe 4 : Fiche projet DSI (GHBS)

Annexe 5 : Analyse comparée des règles de notation entre les établissements (GHBS)

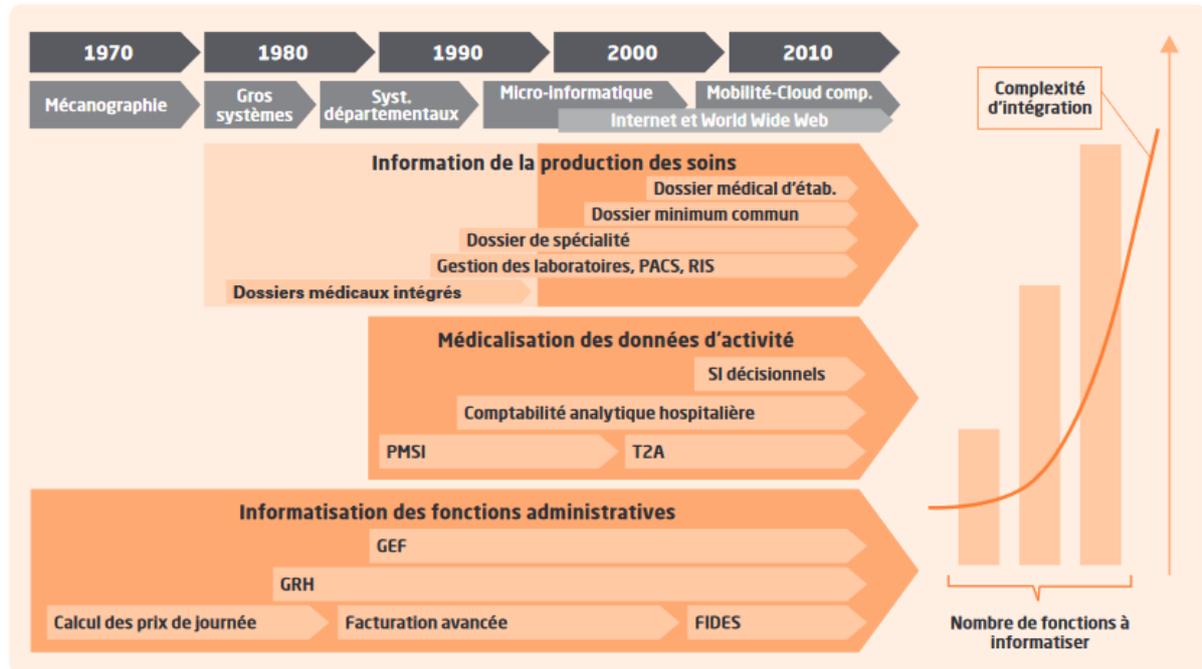
Annexe 6 : Organigramme de la Direction des Ressources Humaines avant et après la fusion (GHBS)

Annexe 7 : Dotation 2019 des pools de pôle du GHBS

Annexe 8 : Communiqué de presse sur la fusion des centres hospitaliers d'Aix-les Bains et de Chambéry

Annexe 1. Progression dans le temps de l'informatisation au sein des établissements de santé

Figure 5 : Une histoire schématique de l'informatisation

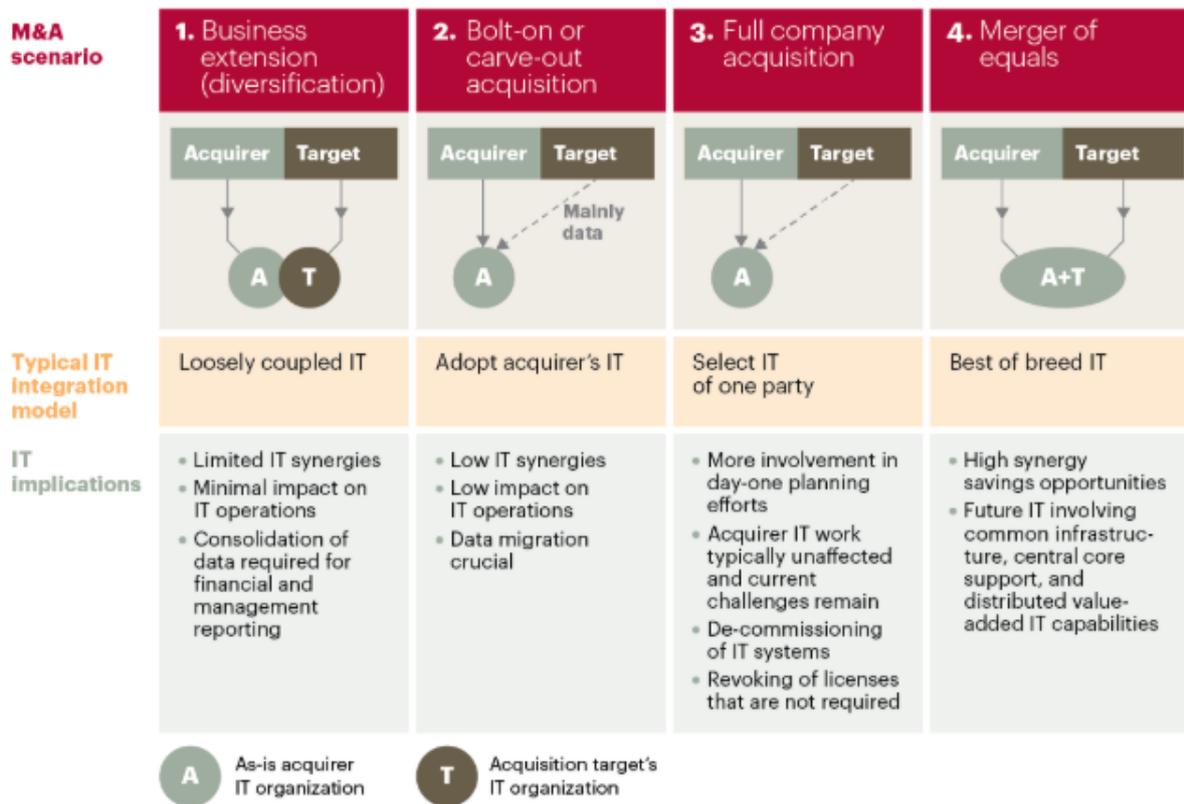


Source : ALAIN D., *Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs*, ANAP, mars 2014, p.14

Ce graphique met en évidence l'informatisation croissante des processus au sein des établissements de santé. Il illustre également le mouvement d'informatisation constant de la fonction RH.

Annexe 2. Principaux modes d'intégration des systèmes d'information

Four scenarios for merging IT organizations

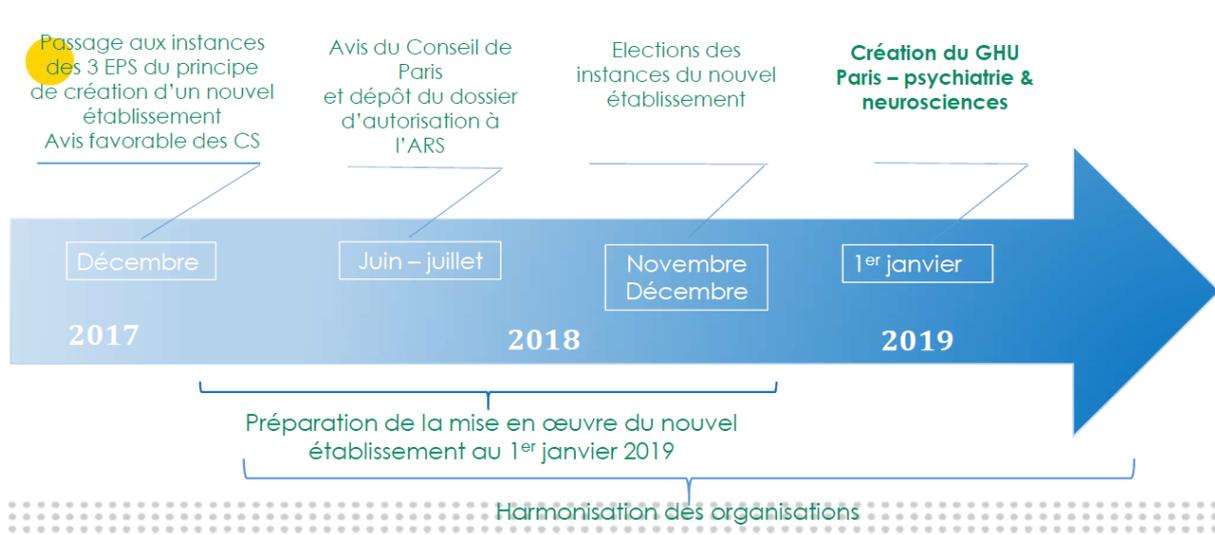


Source: A.T. Kearney analysis

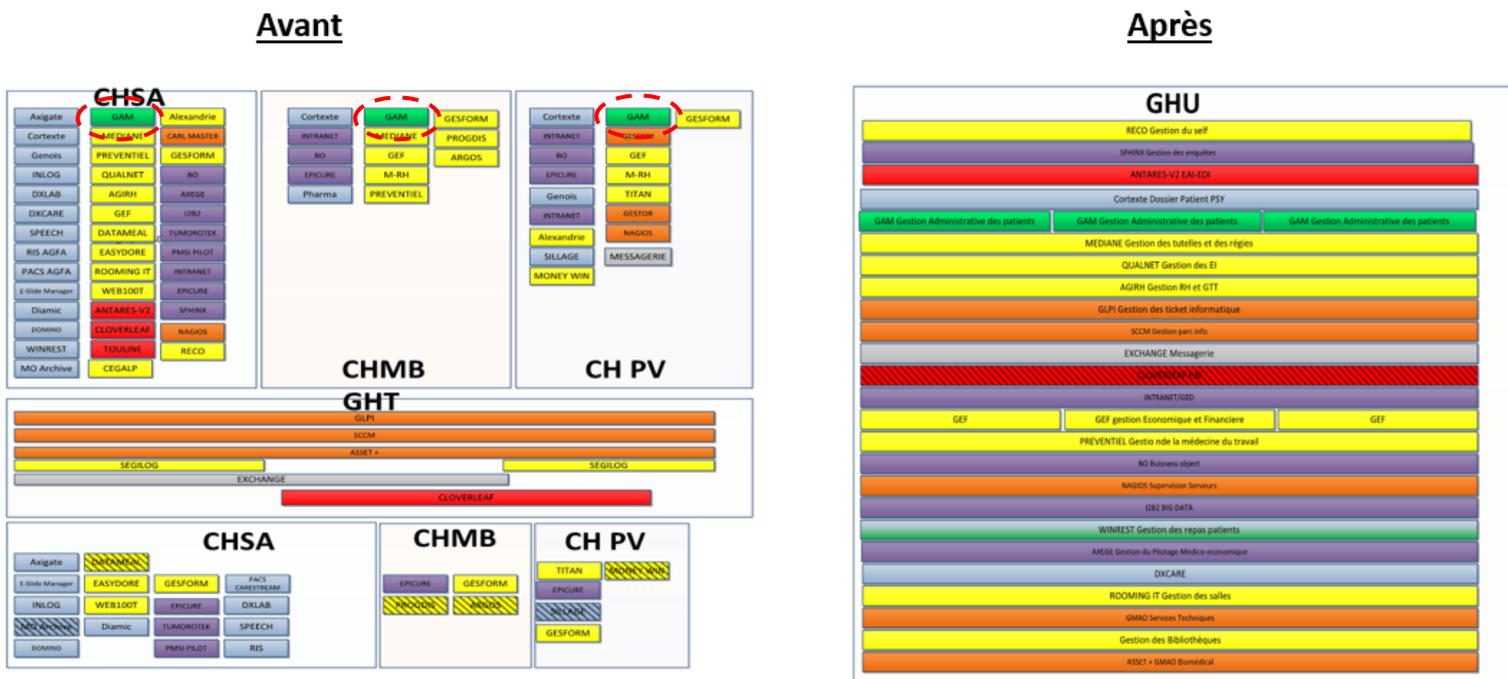
Source: GHOSH S., *Winning with an IT M&A Playbook*, AT Kearney, Juin 2013

Selon le type de fusion hospitalière (absorption ou création), le mode d'intégration s'orientera vers la généralisation de l'environnement applicatif de l'établissement référent ou vers des solutions multi-entités juridiques pour assurer la transition. Des solutions intermédiaires sont possibles mais peuvent nuire à l'unification des bases référentielles, à l'intégrité des données et finalement à l'atteinte de la cible de convergence.

Annexe 3. Chronologie de la mise en œuvre du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences



Comparatif de la cartographie applicative avant et après la fusion



Source : GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, *Convergence des SI : retour d'expérience d'une convergence réussie*, Présentation Paris Healthcare Week, mai 2019

La structuration du projet de fusion a permis de garantir la prise en charge opérationnelle des patients ainsi que l'accès des utilisateurs aux outils le 1^{er} janvier 2019.

Les chantiers d'intégration des SI ont débuté dès avril 2018 afin de tenir compte des particularités d'utilisation des applicatifs métiers, d'évaluer les besoins de mise à niveau de certains sites et de faire converger les pratiques avant la fusion (ex : GAM unique en vert).

Annexe 4. Fiche projet DSI (GHBS)

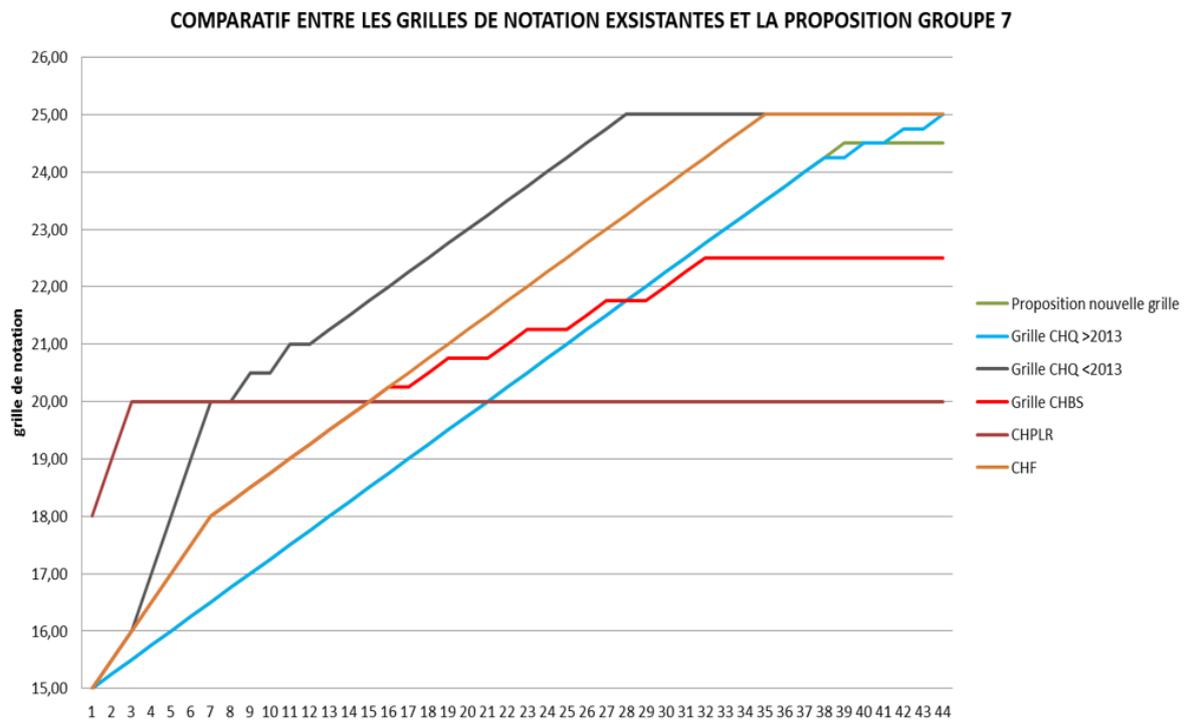
Titre du projet

ETUDE D'OPPORTUNITE			
Date		Bénéficiaires internes & externes impactés	
Périmètre d'intervention			
Réglementaire		Argumenter	
Organisationnel		Argumenter	
Fonctionnel	X	Argumenter	
Technique	X	Argumenter	
Présentation succincte du besoin			
Gains qualitatifs prévisionnels		Précisions	
Efficacité / Efficience (Amélioration / Gain de productivité)	X	-	
Economique (Gain / Non-dépense)	X	-	
Qualité (Continuité de services / Conditions de travail...)	X	-	
Image (Innovation / Expérimentation / Modernisation)	X	-	
Conformité & Sécurité (Exigences légales / Réglementaires)			
Points de vigilance internes		Points de vigilance externes	
Ressources Humaines (Conflit / Mésentente)		Stratégie opportuniste	
Stratégie de l'établissement		Juridique	
Financier (Projet lourd)		Qualité / Savoir-faire / Références	
Juridique		Organisation	
Disponibilité des acteurs SI / Métiers		Sécurité	
Implication / Motivations des acteurs		Conformité	

Innovation forte		Perte de maîtrise interne	
------------------	--	---------------------------	--

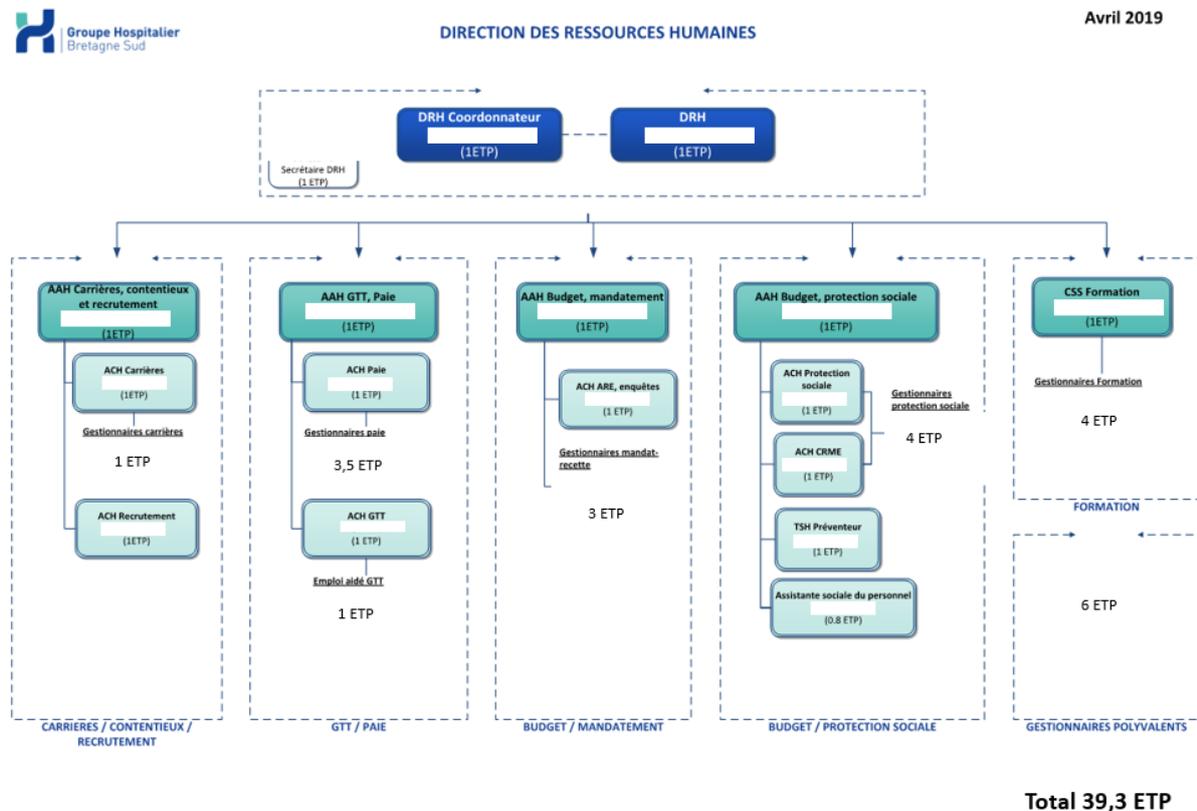
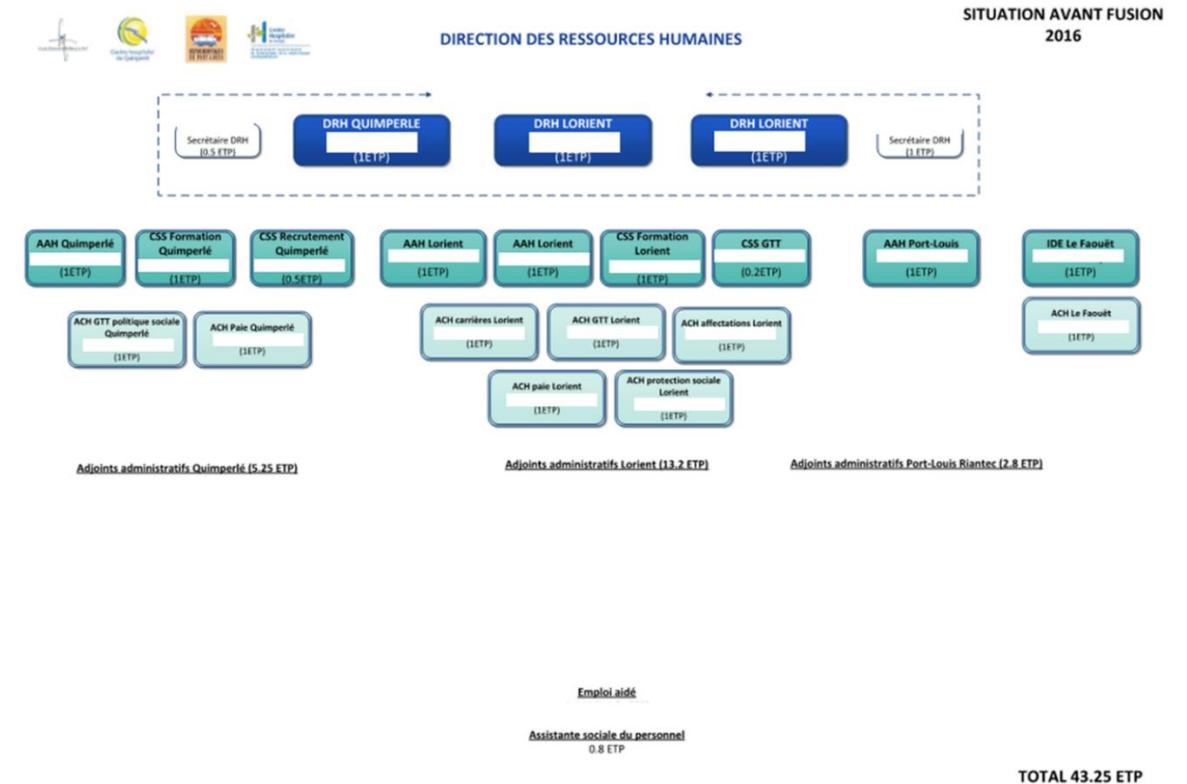
ETUDE DE FAISABILITE	
Solution organisationnelle	
Acteur 1	Acteur 2
Acteur 3	Acteur 4
Projet exclusif	X
Projet transverse	
Nécessite un accompagnement au changement	Préciser
Nécessite une modification de l'organisation actuelle	Préciser
Solution fonctionnelle	
Présenter succinctement la solution (historique, références,...) et préciser les fonctionnalités proposées	
% de couverture des besoins	Préciser
Solution technique	
Introduire la solution (historique, références...) et préciser l'architecture technique en précisant l'impact sur les périmètres ci-dessous	
Réseau	Sécurité
Application(s)	Serveur(s) physique(s) / Virtuel(s)
Stockage	Sauvegarde
Base(s) de données	Connecteur(s) base(s) de données
Système d'exploitation nécessaire	Gestion du poste client
Pérennité de la solution	Préciser
Fiabilité & Cohérence technique	Préciser
Respect des standards	Préciser
Prérequis au déploiement	
Préciser	
Consultation RSSI (Sécurité) et/ou DPO (RGPD) nécessaire	Préciser
Niveau de compétence interne requis	Préciser
Maîtrise interne / Autonomie sur le projet	Préciser
Ressources nécessaires	
Travaux	X
Matériel	
Logiciel	
Prestation de services (Expertise / Hébergement / Assistance / Maintenance)	X
Charge interne	
Durée prévisible de réalisation	Date de livraison souhaitée
Durée totale de réalisation du début à la fin (et non le nombre de jours travaillés sur le projet)	Indiquer la date de mise en service souhaitée

Annexe 5. Analyse comparée des règles de notation entre les établissements (GHBS)



Les divergences constatées dans les critères de notation ont généré des inégalités dans les tableaux d'avancement de grade. Ce travail d'harmonisation a permis de refondre le système de notation et d'unifier les critères d'avancement.

Annexe 6. Organigramme de la Direction des Ressources Humaines avant et après la fusion (GHBS)



La situation d'avril 2019 témoigne de la montée en compétences de la DRH et d'une séparation entre front (gestionnaires polyvalents) et back office.

Annexe 7. Dotation 2019 des pools de pôle du GHBS

Dotation 2019 Pool de pôle	IDE	AS – AP - AMP	ASH	IBODE	IADE	PPH	MER	Tec Lab.	SF	Total En ETP
A	5,8	4,8	0	0	0	0	1,8	1,8		14,2
B	4	4	0	0	0	0	1,27	0		9,27
C	5	4,8	0	0	0	0	0	0		9,8
D	5	4	0	0	0	0	0	0		9
E	0	1	0	0	0	2	0	0		3
F	3,5	4	3	0	0	0	0	0	4	14,5
G SSR MGG	4	5	0	0	0	0	0	0		9
G USLD EHPAD	2	10	0	0	0	0	0	0		12
G PLR	1,8	8	1	0	0	0	0	0		10,8
G EHPAD CHQ	1,8	9,3	0	0	0	0	0	0		11,1
G VILLENEUVE CHQ	3,8	6,4	2,6	0	0	0	0	0		12,8
G LF	1,8	10	1	0	0	0	0	0		12,8
I	3,8	0	0	0	0	0	0	0		3,8
H	4	5	0	3	2	0	0	0		14
TOTAL	46,3	76,3	7,6	3	2	2	3,07	1,8	4	146,07

Près de 146 ETP sont consacrés à la gestion de l'absentéisme court au GHBS. Ces professionnels acquièrent des compétences sur l'ensemble des unités du pôle et sont mobilisables tant de jour que de nuit. Ils bénéficient des mêmes droits en termes de gestion du temps de travail que les agents affectés dans les unités.

Annexe 8. Communiqué de presse sur la fusion des centres hospitaliers d'Aix-les Bains et de Chambéry



Chambéry, le 10 juillet 2014

Fusion des centres hospitaliers d'Aix-les-Bains et de Chambéry

Les conseils de surveillance des deux hôpitaux, réunis le 4 (Aix) et 10 (Chambéry) juillet 2014, ont approuvé le projet de fusion, qui aboutira le 1^{er} janvier 2015 à la création d'un nouvel établissement.

L'enjeu : Renforcer l'offre de soins publique sur les bassins aixois et chambériens pour anticiper l'évolution démographique à venir

Le bassin de population autour de Chambéry et Aix-les-Bains représente dès à présent le quatrième ensemble urbain de Rhône-Alpes. En Savoie, il sera le plus concerné par la croissance démographique des quinze prochaines années. De 220 000 habitants aujourd'hui, le bassin totalisera 300 000 habitants en 2030.

Les objectifs

Développer des activités médicales complémentaires et coordonnées...

Engagé depuis plusieurs années, le rapprochement des centres hospitaliers d'Aix-les-Bains et de Chambéry s'est accentué depuis fin 2011, par la mise en place d'une direction commune et la réalisation d'un projet médical unique, point de départ d'une dynamique de développement.

Il s'est concrétisé par des mises à disposition de médecins et des partages de temps médicaux entre les deux sites, afin de développer le site aixois :

- Implantation de la chirurgie ambulatoire (4 salles de bloc)
- Renforcement des urgences avec l'intervention de praticiens de Chambéry
- Diversification du plateau d'imagerie médicale avec la mise en service d'un scanner en 2012 et prochainement d'une IRM (octobre 2014), en partenariat avec le GIE Imagerie Savoie.
- Création de consultations externes spécialisées : diabétologie, addictologie, médecine infectieuse, oncologie/chimiothérapies...

Parallèlement, certaines activités propres à Aix-les-Bains ont été développées :

- Renforcement des services de rhumatologie (pôle de référence de la Savoie),
- Augmentation de capacité du service de soins de suite et de rééducation neurologique, passant de 15 à 30 lits d'hospitalisation (complète et de jour).

La fusion permettra de développer d'autres activités médicales :

- Nouvelles consultations spécialisées (angiologie, dermatologie...)
- Création d'un centre de réhabilitation-rééducation des maladies chroniques à vocation interdépartementale,



- Création d'un service de médecine gériatrique et d'une unité mobile de gériatrie afin de disposer d'une filière gériatrique intra hospitalière complète, le CH d'Aix disposant par ailleurs de 280 lits d'EHPAD.

Réaliser les investissements stratégiques nécessaires...

La croissance et la diversification de l'activité envisagées au cours des prochaines années nécessiteront des investissements importants. A Chambéry, avec la construction du nouvel hôpital achevée fin 2015, l'essentiel aura été réalisé ; à Aix-les-Bains, la restructuration et la modernisation du parc hospitalier est l'enjeu principal des dix prochaines années, tant pour le site du Grand Port et pour l'Hôpital Reine Hortense que pour les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'assise financière du nouvel ensemble permettra de faire face à l'ampleur des investissements projetés, avec une capacité d'autofinancement totale de 28 millions d'euros (2 M€ pour Aix aujourd'hui).

Renforcer l'attractivité du site d'Aix-les-Bains pour le personnel médical.

Aujourd'hui, les établissements hospitaliers de la taille du CH d'Aix-les-Bains ont des difficultés à recruter des médecins sur les postes vacants, car ils ne sont pas assez attractifs en termes de plateau médico-technique, de nombre et de spécialisation de services, de projets développés... L'ensemble incluant Chambéry et Aix les Bains offrira aux médecins la possibilité d'exercer sur les deux sites et de collaborer plus étroitement au sein d'équipes médicales plus importantes (filiales de soins complètes, projets communs, recherche clinique...)

Une préparation concertée

Depuis le début de l'année, un comité de pilotage coordonne l'ensemble du projet. Il réunit, pour les deux établissements, des représentants des directions, de la communauté médicale, des syndicats, des représentants des usagers et de l'agence régionale de santé. Il assure le suivi des travaux des groupes de travail sur différents axes thématiques

Quelles seront les conséquences de la fusion ?

Sur le plan médical, les services aixois présentent peu de doublons avec ceux de Chambéry. Tous les services sont donc conservés. A noter que les urgences et l'unité de soins continus fusionnent en termes d'organisation avec les services homologues de Chambéry, tout en restant bien sûr implantés sur le site d'Aix. Les dossiers médicaux des patients seront les mêmes entre les deux établissements, ce qui garantira une meilleure coordination en termes de prise en charge pour les patients soignés sur les deux sites.

Sur les plan administratif et logistique, les services aixois (RH, bureau des entrées, restauration, magasin logistique, ménage, jardins...) sont maintenus sur place, afin de garantir une proximité et une réactivité de gestion. Seule la blanchisserie, dont l'équipement est obsolète, intégrera la blanchisserie inter hospitalière, située à Bissy. Les 10 agents concernés seront reclassés.

En ce qui concerne le personnel, une charte d'engagements de la direction relative au volet social de la fusion a été rédigée et soumise aux instances des deux établissements. Cette charte regroupe 28 points sur lesquels les groupes de travail ont trouvé un accord. On y trouve notamment : maintien de la totalité des emplois, à Aix-les-Bains comme à Chambéry, mobilité entre les sites uniquement sur la base du volontariat. Par ailleurs, un certain nombre de dispositions sociales plus favorables de l'établissement de Chambéry seront appliquées à Aix-les-Bains (déroulement de carrière, primes et rémunération...) De manière générale, lorsque des éléments de gestion des RH diffèrent dans les deux établissements, c'est la pratique la plus favorable qui est appliquée à l'ensemble.

Certains sujets RH nécessitent cependant des travaux de réflexion plus longs : gestion du temps de travail, prime de service.... Ils seront abordés pendant les années 2015 et 2016 selon la même démarche participative et soumis à l'avis des représentants du personnel.

SASSARD	Matthieu	Octobre 2019
Filière Directeur d'hôpital Promotion 2018-2019		
Fusion hospitalière et intégration des systèmes d'information		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>L'un des facteurs de réussite d'une fusion tient à la capacité de la nouvelle entité d'intégrer des systèmes d'information d'établissements auparavant autonomes. Cette intégration suppose à la fois d'assurer la continuité de l'activité hospitalière, d'optimiser les processus métiers tout en libérant les synergies potentielles et enfin de contribuer à la stratégie de long terme de la nouvelle entité.</p> <p>L'expérience du Groupe Hospitalier Bretagne Sud permet d'illustrer cette stratégie à travers la refonte et la modernisation progressive de sa fonction RH. Bien qu'il ne s'agisse que d'une analyse partielle, cette étude de cas donne des clefs sur la méthode projet à adopter ainsi que sur les principaux écueils à éviter. Elle insiste notamment sur l'importance de la phase d'harmonisation des processus et des règles de gestion qui constitue un préalable à la rationalisation de l'architecture technique et applicative.</p> <p>La convergence des systèmes d'information doit nourrir la stratégie de la nouvelle entité et accompagner la recomposition de l'offre de soins. La relation entre fusion et intégration des systèmes d'information ne doit donc pas s'apprécier selon une grille d'analyse purement technique. Cette intégration est avant tout un outil destiné à optimiser le fonctionnement de la nouvelle entité et à jeter les bases d'une culture commune dès le lancement du projet.</p> <p>L'objectif de ce mémoire est aussi de lister les principaux leviers à actionner durant la phase de préfiguration comme l'analyse d'opportunité, la définition d'une organisation cible, l'implication de la DSI et des métiers ou encore la gestion de calendrier des chantiers d'harmonisation.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Fusion, systèmes d'information (SI), intégration, Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS), fonction RH, processus métier, harmonisation, convergence, synergie, économie d'échelle, territoire</p>		
<i>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.</i>		