



EHESP

Master

Mention Administration de la santé

Parcours :

**Analyse et Management des
Organisations de Santé (AMOS)**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **3 septembre 2024**

**Enjeux et impacts des évolutions
réglementaires pour les établissements
de santé :**

**L'exemple de la mise en œuvre de la Base de
Données Sociales et du Rapport Social Unique
au CHU de Nice**

Catherine BORSOTTO



EHESP

Remerciements

La rédaction de ce mémoire est pour moi l'occasion de remercier l'équipe de la Direction des Ressources Humaines du CHU de Nice.

En premier lieu Madame HAMELA, Directrice des Ressources Humaines, pour m'avoir permis de réaliser mon stage au sein de sa direction et pour nos échanges riches d'enseignement.

Mais aussi, Madame LEROUX, Directrice adjointe des Ressources Humaines, pour ses encouragements et la confiance qu'elle m'a accordée.

Mes remerciements vont bien entendu à mes maîtres de stage :

Madame BELLANI, responsable du secteur Qualité de Vie & Conditions de Travail, pour sa bienveillance, sa gentillesse et le soin qu'elle a pris pour m'accueillir dans des conditions idéales.

Monsieur LLITJOS, contrôleur de gestion sociale, pour sa disponibilité, son accompagnement et ses précieux conseils qui ont été très utiles à ma pratique professionnelle et à la bonne réalisation de mes travaux.

Sans oublier l'ensemble des attachés à la DRH et leurs équipes pour leur professionnalisme, leur accueil chaleureux et les moments conviviaux que nous avons partagés.

Enfin, mes camarades de promotion pour nos beaux instants de partage tant professionnels que personnels.

Et pour finir ma famille pour son soutien sans faille qui a largement contribué à la réussite de mon parcours.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 Méthodologie de l'enquête	- 7 -
1.1 Objectif de l'enquête	- 7 -
1.2 Type d'étude	- 7 -
1.3 Entretiens semi-directifs	- 7 -
1.3.1 L'entretien semi-directif : pourquoi ce choix ?.....	- 7 -
1.3.2 Profil des interviewés	- 8 -
1.3.3 Guide des entretiens	- 10 -
1.3.4 Analyse des données	- 11 -
1.4 Les observations participantes.....	- 11 -
1.5 Les documents et outils internes.....	- 13 -
1.6 Calendrier des différentes modalités de recherche	- 14 -
1.7 Retour sur la méthodologie utilisée : l'entretien semi-directif.....	- 14 -
2 Un constat : la nécessité de s'engager dans une réforme	- 19 -
2.1 Une obligation réglementaire	- 19 -
2.1.1 Un cadre législatif à respecter.....	- 19 -
2.1.2 Les objectifs des décideurs nationaux.....	- 20 -
2.1.3 Les évolutions voulues	- 21 -
2.2 Une réforme engagée dans un contexte singulier pour le CHU.....	- 23 -
2.2.1 Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice et sa politique RH	- 23 -
2.2.2 Vers un nouveau modèle de gouvernance	- 24 -
2.2.3 Le nécessaire maintien d'un dialogue social de qualité	- 24 -
2.3 Une évolution portée par l'ensemble des CHU.....	- 25 -
2.3.1 La volonté d'harmonisation des pratiques	- 25 -
2.3.2 La constatation des difficultés par le collectif pour améliorer les process	- 26 -
2.3.3 Une démarche proactive pour être préfigurateur	- 27 -

3	Les impacts de l'évolution réglementaire sur l'établissement.....	- 29 -
3.1	Des orientations stratégiques à repenser.....	- 29 -
3.1.1	Des choix stratégiques sur la formalisation des données.....	- 29 -
3.1.2	Le calendrier au regard des attendus réglementaires.....	- 30 -
3.1.3	Quelles démarches avec le comité social.....	- 31 -
3.2	Des impacts managériaux importants.....	- 31 -
3.2.1	Une charge de travail supplémentaire à anticiper.....	- 31 -
3.2.2	Des compétences et une expertise à reconstruire.....	- 32 -
3.2.3	Une organisation à repenser, une évolution des missions.....	- 33 -
3.3	Des conséquences sur les outils utilisés.....	- 33 -
3.3.1	Repenser ou inventer des outils.....	- 33 -
3.3.2	La multiplicité des enquêtes et la sécurité des données.....	- 34 -
3.3.3	La révision des procédures.....	- 34 -
4	Les propositions pour réussir la mise en œuvre.....	- 37 -
4.1	Analyser la situation initiale.....	- 37 -
4.1.1	Connaître son sujet.....	- 37 -
4.1.2	Les ressources humaines.....	- 38 -
4.1.3	...mais aussi les ressources techniques.....	- 38 -
4.2	Prioriser les actions et orienter les acteurs.....	- 39 -
4.2.1	Concevoir un plan d'action.....	- 39 -
4.2.2	La coordination des acteurs.....	- 39 -
4.2.3	La communication avec les parties prenantes.....	- 40 -
4.3	Faire vivre le projet dans le temps.....	- 41 -
4.3.1	Se tenir informé des évolutions.....	- 41 -
4.3.2	L'évaluation régulière du dispositif et des résultats.....	- 42 -
4.3.3	La pérennisation de la démarche.....	- 42 -
	Conclusion.....	- 45 -
	Bibliographie.....	- 47 -
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Attaché d'Administration Hospitalière
AP-HP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BS :	Bilan Social
BDS :	Base de Données Sociales
BDES :	Base de Données Economique et Sociale
BO :	Business Object
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHUN :	Centre Hospitalier Universitaire de Nice
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques
EPS :	Etablissements Publics de Santé
FHF :	Fédération Hospitalière de France
GPMC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GED :	Gestion Electronique des Documents
GHT06 :	Groupement Hospitalier de Territoire 06
HSCT :	Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail
MRH :	Managers Ressources Humaines
RH :	Ressources Humaines
RGPD :	Règlement Général sur la Protection des Données
RSU :	Rapport Social Unique
SAE :	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SI :	Système d'Information

Introduction

La réglementation peut se définir comme un ensemble de règles et de normes imposées par l'État ou les autorités compétentes pour encadrer le fonctionnement des établissements. Elle peut être liée à plusieurs domaines tels que la protection de l'environnement, la santé et la sécurité au travail, la concurrence, etc... La réglementation a un impact important sur les établissements et leur activité car elle peut influencer de nombreux aspects tels que les organisations, les stratégies, les pratiques...

Force est de constater que les réformes législatives dans les différentes fonctions publiques et donc la fonction publique hospitalière sont aujourd'hui régulières et rapprochées dans le temps. Si ces évolutions textuelles sont motivées par une volonté de s'adapter au mieux aux besoins de la société, elles nécessitent aussi une forte adaptabilité des services contraints à de nouvelles exigences.

Les ressources humaines ne sont pas épargnées par ces changements de règles, de nombreux textes relatifs à ce domaine sont publiés tous les ans. Parmi les différentes thématiques ressources humaines, le sujet du recueil des données sociales a toujours été au cœur des préoccupations. Nous pouvons constater qu'au fil du temps des évolutions se sont succédées pour répondre aux besoins de gestion des ressources humaines et d'évaluation des politiques publiques.

Les premières initiatives de collecte de données sociales dans la fonction publique remontent au début du 20^{ème} siècle où les premières enquêtes sur les conditions de travail et les effectifs ont été menées. Dans les années 1960-1970, avec l'essor de l'État-providence, la collecte de données s'est intensifiée pour mieux comprendre les besoins des agents publics et améliorer les politiques sociales. A partir de 1980-1990, la mise en place de systèmes d'information sur les ressources humaines a permis une collecte plus systématique et informatisée des données, facilitant ainsi leur exploitation pour la gestion des carrières et le suivi des évolutions démographiques. C'est seulement dans les années 2000 que les réformes de la fonction publique ont conduit à une standardisation des données collectées, avec des indicateurs de performance et de qualité de service. L'usage des technologies de l'information a également permis une meilleure accessibilité des données. Aujourd'hui, le recueil des données sociales est devenu un outil essentiel pour la gestion des ressources humaines dans la fonction publique. Les données sont utilisées pour des analyses statistiques, des études d'impact, et pour piloter les politiques publiques.

Cette évolution témoigne de l'importance croissante des données dans la prise de décision et la gestion des ressources humaines au sein de la fonction publique.

C'est dans ce cadre d'évolution réglementaire, que le décret n°2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique a instauré « *un rapport social unique et une base de données sociales au sein des administrations de l'Etat et leurs établissements publics, des collectivités territoriales et leurs établissements publics et des établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière* »¹.

C'est un changement majeur puisque cette réforme vient mettre un terme à l'actuel bilan social qui existe depuis plus de 30 ans pour les établissements dont l'effectif est d'au moins 300 agents et est issu du décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics.

Le principe de cette réforme est d'instaurer une base de données exhaustive regroupant un nombre important d'indicateurs « *portant sur une série de 9 thèmes et 170 indicateurs (l'emploi, le recrutement, le parcours professionnel, la formation, la rémunération, la santé et sécurité au travail, l'organisation au travail et le temps de travail, l'action sociale et la protection sociale, le dialogue social)* »². Cette banque de données vise un double objectif :

- Fournir aux acteurs du dialogue social des éléments statistiques fiables et en temps réel ;
- Servir de support à la rédaction et l'alimentation du rapport social unique qui remplacera l'actuel bilan social.

L'ensemble des administrations de l'Etat et leurs établissements publics, des collectivités territoriales et leurs établissements publics et des établissements publics mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 sont concernés par cette mesure. Le CHU de Nice, lieu de stage, est de fait impacté par cette réforme.

¹ Décret n°2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique

² Guide relatif à la base de données sociales pour la fonction publique hospitalière, septembre 2022, p.2

Mon stage s'est déroulé à la Direction des Ressources Humaines du CHU de Nice dans un contexte de déploiement d'un nouveau mode de gouvernance via la délégation polaire. Ce modèle de gouvernance qui tend à déléguer la gestion au chef de pôle est un véritable bouleversement dans les organisations ce qui engendre beaucoup de questionnements chez les agents. Sachant que ces périodes d'incertitudes peuvent facilement fragiliser l'institution, il est nécessaire de maintenir un lien privilégié et de confiance avec les organisations syndicales et de construire une politique ressources humaines solide.

La volonté de l'établissement et notamment de la Directrice des Ressources Humaines, était donc de mettre en place ces nouveaux outils, support du dialogue social, rapidement. Cette dernière a de fait saisi l'opportunité du stage des élèves Attachés d'Administration Hospitalière pour me confier la mise en œuvre de ces dispositifs. Je me suis engagée dans la démarche avec l'ambition de finaliser ces deux supports à l'issue de ma période de stage.

Dès mes premiers rendez-vous avec les collaborateurs qui allaient contribuer à l'élaboration de la base de données sociales et du rapport sociale unique, qui étaient donc les premiers impactés par ce changement, j'ai immédiatement constaté que cette nouvelle mesure soulevait de nombreuses questions : quelle était la plus-value de telles modifications, quelles étaient les attentes des différents acteurs, quels seraient les impacts sur les organisations, les pratiques, etc... Là où je pensais seulement avoir une mission de coordination et d'accompagnement des acteurs pour formaliser les outils attendus, ces interrogations m'ont finalement poussée à penser qu'il serait pertinent de mener une analyse prospective et c'est ce qui a orienté le choix de mon sujet.

J'ai donc décidé de répondre à cette question et de centrer l'étude de mon mémoire sur la problématique suivante : quels sont les enjeux et les impacts des évolutions réglementaires sur l'établissement de santé, en utilisant l'exemple de la mise en œuvre de la base de données sociales et du rapport social unique au CHU de Nice ?

Cette thématique m'a immédiatement paru intéressante à traiter car elle évoque de manière plus globale l'adaptation au changement, sujet qui est particulièrement présent dans la société actuelle. De plus, même si je me suis concentrée sur l'exemple précis de la mise en œuvre de la base de données sociales et du rapport social unique au CHU de Nice, cette analyse pourra s'adapter à tout type de mesures, tout type d'acteurs et tout type d'organisations que ces établissements soient publics (fonction publique d'état, hospitalière ou territoriale) ou même privés. Mon implication dans le processus de réalisation des deux outils que sont la base de données sociales et le rapport social unique a été un facteur

déterminant dans le choix du sujet, tout comme l'intérêt porté par la Directrice des Ressources Humaines à l'égard de mon étude.

Les objectifs de cette enquête étaient multiples :

- Comprendre les principaux défis auxquels les établissements de santé sont confrontés en raison des évolutions réglementaires, tout en identifiant les opportunités que ces changements peuvent leur offrir.
- Evaluer dans quelle mesure les établissements de santé se conforment aux nouvelles réglementations et identifier les éventuelles lacunes.
- Analyser l'impact de ces changements et notamment comment ils affectent le fonctionnement interne des établissements de santé, y compris les processus administratifs, les choix stratégiques, la communication, les outils informatiques...
- Fournir des recommandations basées sur les résultats de l'étude pour aider la direction des établissements de santé à s'adapter aux évolutions réglementaires et à prendre des décisions éclairées sur la mise en œuvre de changements nécessaires afin que les établissements puissent mieux se préparer à ces évolutions.
- Communiquer les résultats de l'étude aux différentes parties prenantes, afin de favoriser un dialogue constructif sur les enjeux réglementaires.

Pour répondre à cette problématique j'ai souhaité mettre en œuvre différentes modalités de prospection pour obtenir des réponses suffisamment exhaustives et précises. En effet, je ne souhaitais pas restreindre mes recherches à la seule expérience des agents du CHU de Nice.

J'ai donc en parallèle :

- Mené une enquête auprès de différents professionnels engagés dans la mise en œuvre de la réforme à la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Affaires Médicales, la Médecine du travail du CHU de Nice ;
- Effectué une recherche documentaire sur le sujet en consultant les ouvrages, rapports, documents, parutions qui évoquaient cette thématique afin de mieux en saisir les contours et avoir une approche historique et contextuelle. J'ai notamment porté beaucoup d'intérêt à la lecture du guide relatif à la base de données sociales dans la fonction publique hospitalière et du décret n°2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique ;

- Intégré et participé à plusieurs groupes de travail. L'un d'eux était composé de représentants de treize CHU ce qui a constitué un vivier supplémentaire d'opinions et de points de vue.

La pluralité des modes de recueil est venue enrichir l'analyse.

Le présent mémoire s'attachera tout d'abord à présenter la méthodologie d'enquête adoptée, en précisant le mode de recueil privilégié, les supports consultés ainsi que les autres moyens utilisés (1). Puis, il exposera les résultats de la recherche notamment en développant dans un premier temps les enjeux pour les structures à s'engager dans la démarche (2) et ensuite en dégagant les principaux impacts constatés (3). Enfin, il se conclura par un retour réflexif sur l'ensemble de l'analyse afin de proposer des leviers d'action pour une conduite du changement efficiente (4).

1 Méthodologie de l'enquête

La question de l'impact des évolutions réglementaires sur les établissements de santé reste un champ peu interrogé. Force est de constater que lorsqu'une nouvelle réglementation voit le jour la mise en œuvre est très souvent immédiate ou du moins très rapide et cela laisse peu de place à la réflexion autour du sujet et encore moins sur le retentissement au sein des institutions. J'ai donc choisi de diligenter une enquête afin d'apporter des éléments de réponse.

1.1 Objectif de l'enquête

Cette étude vise à appréhender le ressenti des personnels rencontrés sur la mise en place du rapport social unique et de la base de données sociales et ainsi de dégager les enjeux et les impacts de cette réforme sur les établissements. J'ai souhaité une enquête au plus proche du terrain et j'ai donc interrogé les agents directement impliqués dans le dispositif. A travers l'analyse des différentes expériences, des lectures et de la participation aux groupes de travail, ce mémoire a vocation à comprendre les conditions de mise en place de ces deux outils, à identifier les éléments facilitants et les freins et ainsi proposer des méthodes pour une mise en œuvre efficiente qui pourra servir de modèle pour d'autres institutions. En effet, l'exemple d'évolution choisi à travers le rapport social unique et la base de données sociales ne se veut pas restrictif et les résultats de cette étude doivent servir de support à l'analyse de tous les grands changements législatifs qui peuvent être rencontrés dans les établissements publics voire dans les structures privées.

1.2 Type d'étude

La méthodologie adoptée pour ce mémoire est plurielle et repose sur une approche qualitative sous forme d'entretiens semi-directifs, d'observations participantes et de la lecture de différentes sources écrites. Cette diversité permettra de conjuguer l'ensemble des données et ainsi d'avoir une analyse fine basée sur différents critères d'observation.

1.3 Entretiens semi-directifs

1.3.1 L'entretien semi-directif : pourquoi ce choix ?

L'explication des entretiens que fait Pierre BRECHON « *Les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre de processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine (...) et se caractérisent par un contact direct entre les chercheurs et*

les interlocuteurs »³ correspond totalement au type d'étude que je voulais mener et je me suis ainsi dirigée vers une étude qualitative sous forme d'interviews. Il a fallu ensuite évaluer le degré de directivité souhaité qui détermine la nature de l'entretien : directif, semi-directif ou non directif. « *Moins l'entretien est directif et plus l'acteur participe à la production du sens, tant sur la forme, les associations d'idées, que dans le fond, le contenu du discours* »⁴, j'ai donc choisi d'organiser des entretiens semi-directifs. Ils ont permis de recueillir des avis au plus proche du terrain avec une grande spontanéité dans les échanges mais suffisamment encadrés pour rester en lien avec le sujet et ne pas se disperser. Les enquêtés ont pu ainsi s'exprimer de manière tout à fait libre sur leurs expériences, leur vision de la situation, leurs propositions. Ces entretiens ont été menés auprès de professionnels fortement impactés par ce nouveau dispositif offrant ainsi une compréhension du processus de transformation et des défis rencontrés. Le consentement de l'interrogé a bien sûr été obtenu à l'oral avant chaque entretien. Les interviewés ont été informés en amont sur les objectifs et les attendus de l'étude menée.

Le choix d'entretiens individuels a été privilégié afin de libérer la parole et de créer un espace propice à l'échange avec un climat favorable et de confiance facilitant le partage d'opinions. Etant seule avec la personne interrogée, la confidentialité était ainsi respectée. Les entretiens ont été réalisés dans un bureau indépendant et isolé afin de favoriser la concentration et de limiter les interventions extérieures pouvant perturber l'échange. Les entretiens ont tous été organisés en présentiel. La proximité géographique des personnes entendues a facilité l'organisation. J'ai tenté de ne pas excéder une durée de 45 minutes par entretien mais ce temps a parfois été légèrement dépassé.

Toutes les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone portable avec l'accord des participants. Cela a permis une retranscription aisée a posteriori dans un document Word afin d'en faciliter ensuite l'analyse.

1.3.2 Profil des interviewés

Le choix des personnes auditées est lié à leur implication directe dans le processus de transformation. Pour sélectionner les enquêtés j'ai étudié dans le décret les différents indicateurs qui devaient être renseignés. J'ai ainsi pu construire un outil Excel qui allait servir de support à la création de la base de données sociales et qui m'a également permis de

³ Brechon, P, Enquêtes qualitatives, enquête quantitatives, presse universitaires, p.14

⁴ Juan, S, Méthodes de recherche en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques, Paris, PUF, 1999, p.107

définir la liste des personnes ressources qui contribuaient à l'alimentation des données en identifiant à chaque fois le secteur gestionnaire.

Tableau 1 : Sommaire de la base de données sociales du CHU de Nice

Secteur gestionnaire	Catégorie	Sous catégorie	Indicateur	Nombre de Indicateur
☐ Absentéisme - CGSo	☐ 6° Santé et sécurité au travail	☐ a) Risques professionnels (accidents du travail)	Nombre d'accidents de service	8
		☐ g) Commissions médicales	Nombre de mises en disponibilité	2
	Total 6° Santé et sécurité au travail			10
	☐ 7° Organisation du travail et temps de travail	☐ f) Taux d'absentéisme	Taux d'absentéisme pour mois	2
		☐ i) Absences au travail hors raisons de santé	Nombre d'agents ayant eu au moins un jour d'absence	4
			Nombre de congés d'une durée de 1 jour	1
			Nombre de congés d'une durée de 2 jours	1
			Nombre et types d'actions médicales	1
			Nombre total de journées d'absence	4
		☐ j) Absences au travail pour raisons de santé	Nombre d'agents ayant été absents	5
			Nombre total de journées d'absence	5
	Total 7° Organisation du travail et temps de travail			23
☐ Absentéisme - Médecine du travail ?				5
☐ Absentéisme - QVCT				4
☐ Carrières				19
☐ DAAJ				10
☐ Discipline				8
☐ DRH				1
☐ Formation				22
☐ Formation				1
☐ Formation - QVCT				10
☐ GI				8
☐ GTT				32
☐ GTT - CGSo				47
☐ Paie suivi MS				2
☐ Paie suivi MS - CGSo				23
☐ Pilotage des effectifs-CGSo				124
☐ PRM				1
☐ QVCT				74
☐ QVCT				4
☐ QVCT - Paie suivi MS				1
☐ Recrutement				13
☐ Recrutement - Carrières				8
☐ Recrutement - Carrières - GI ?				5
☐ Recrutement - CGSo				21
☐ Relations sociales				63
☐ Relations sociales - Formation				2
☐ Santé au travail				13
Total général				554

La grande majorité des éléments demandés relevaient de la Direction de Ressources Humaines et de la Direction des Affaires Médicales, néanmoins certains indicateurs concernaient aussi la Médecine du Travail. La Direction des Ressources Humaines étant organisée de manière sectorisée, il a été nécessaire d'interroger l'ensemble des secteurs. Ainsi la population cible est composée des 13 profils indiqués dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Présentation générale des entretiens

	Nombre d'entretiens	Durée des entretiens
Directrice des Ressources Humaines	2	48 + 55
Directrice adjointe des Ressources Humaines	1	35

Responsable recrutement et mobilité	1	46
Responsable gestion des carrières	1	37
Responsable gestion du temps de travail et situations individuelles	1	42
Responsable pilotage de la masse salariale	1	41
Responsable pilotage des effectifs et contrôle de gestion RH	1	48
Responsable formation	1	35
Responsable Qualité de Vie et Conditions de Travail	1	42
Responsable relations sociales	1	52
Directrice des Affaires Médicales	1	47
Attaché à la Direction des Affaires Médicales	1	48
Médecin responsable de la médecine du travail	1	39

1.3.3 Guide des entretiens

Dans le but de faciliter l'analyse, une grille d'entretien a été rédigée (grille présentée en annexe). Elle a été construite pour répondre aux attendus de mon étude. Elle a été formalisée en tenant compte du profil des agents qui allaient être audités.

La volonté était de poser des questions ouvertes et fermées afin de collecter les informations les plus pertinentes. Il s'agissait de poser les bonnes questions pour obtenir des données significatives. Les questions ouvertes permettent d'explorer les opinions, les expériences et les perceptions des participants, tandis que les questions fermées offrent la possibilité d'obtenir des réponses spécifiques et quantifiables. L'équilibre entre ces deux types de question est crucial pour obtenir des données riches et variées.

1.3.4 Analyse des données

Afin de permettre une exploitation efficace des entretiens diligents, un outil d'exploitation Excel a été créé et utilisé. L'objectif était de consigner les données, de faciliter leur comparaison et ainsi mettre en exergue les points communs et faire ressortir les tendances, les axes à développer.

Le fichier Excel a été construit de manière à respecter l'anonymat des personnes auditées. Des codes ont ainsi été attribués à chaque agent de façon aléatoire.

Tableau 3 : Analyse des données

	Entretien A	Entretien B	Entretien C
Question 1			
Question 2 :			
Question 3 :			
....			

A l'issue de ce travail de compilation des informations et à la lecture de la grille d'analyse des entretiens, de grands thèmes ont pu émerger : le cadre législatif, le contexte, le dialogue social, les pratiques, les difficultés, les orientations stratégiques, les impacts managériaux, les délais, la charge de travail, l'expertise, les outils, l'impact sur le processus organisationnel...

1.4 Les observations participantes

En pilotant le processus j'ai pu être partie prenante de toutes les réunions organisées sur le sujet et même en piloter certaines. Cette participation active a grandement contribué à la consolidation de mon analyse. Ce champ d'étude a apporté une approche différente du recueil de la parole en assistant à des « débats » et partages d'opinion entre les personnes directement impactées.

La formalisation de ces éléments a pu se faire via la rédaction de comptes rendus. L'analyse a posteriori de ces prises de note a étoffé et renforcé les résultats issus des entretiens individuels en apportant parfois un autre regard.

Au-delà des réunions organisées en interne j'ai pu intégrer le collectif inter CHU constitué pour travailler de manière conjointe sur le sujet de l'élaboration de la base de données sociales et du rapport social unique et piloté par le CHU de Poitiers.

La participation à ces groupes de travail a été un élément moteur à l'élargissement de mon terrain de recherche. J'ai pu ainsi recueillir les ressentis et l'expertise de 12 personnes exerçant dans d'autres CHU et ne pas me limiter au seul exemple et à la seule expérience du CHU de Nice. Cette opportunité m'a notamment démontré que ces établissements rencontraient d'autres contraintes ou à l'inverse bénéficiaient d'éléments facilitants. Cette approche collaborative s'est révélée être un vivier d'informations, de partages de pratiques et d'expériences.

Tableau 4 : Liste des CHU participant au groupe de travail

CHU DE POITIERS
CHU DE BREST
CHU DE CAEN
CHU DE CLERMONT-FERRAND
HOSPICES CIVILS DE LYON
ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE
CHU DE MONTPELLIER
CHU DE NANCY
CHU DE NANTES
CHU DE RENNES
CHU DE ROUEN
CHU DE LA REUNION
CHU DE NICE



1.5 Les documents et outils internes

En parallèle, la lecture et l'étude de divers documents a complété l'analyse.

Une attention toute particulière a été portée à la lecture du décret n°2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique et du guide relatif à la base de données sociales pour la fonction publique hospitalière. J'ai ainsi pu comparer les attentes du nouveau rapport social unique aux anciens bilans sociaux afin de constater les changements engendrés par cette réforme et voir si les attendus entre le document initial et le format souhaité étaient très éloignés.

J'ai aussi analysé les outils existants (bases de données, tableaux croisés dynamiques, tableurs Excel) et utilisés jusqu'à lors afin de comprendre s'ils étaient toujours adaptés et permettraient de renseigner la base de données sociales.

J'ai également accédé à divers documents de travail initiés par les autres CHU sur le sujet (comptes rendus des groupes de travail internes, bilans sociaux, projets de bases de données sociales...) et considéré les points de convergence et les écarts.

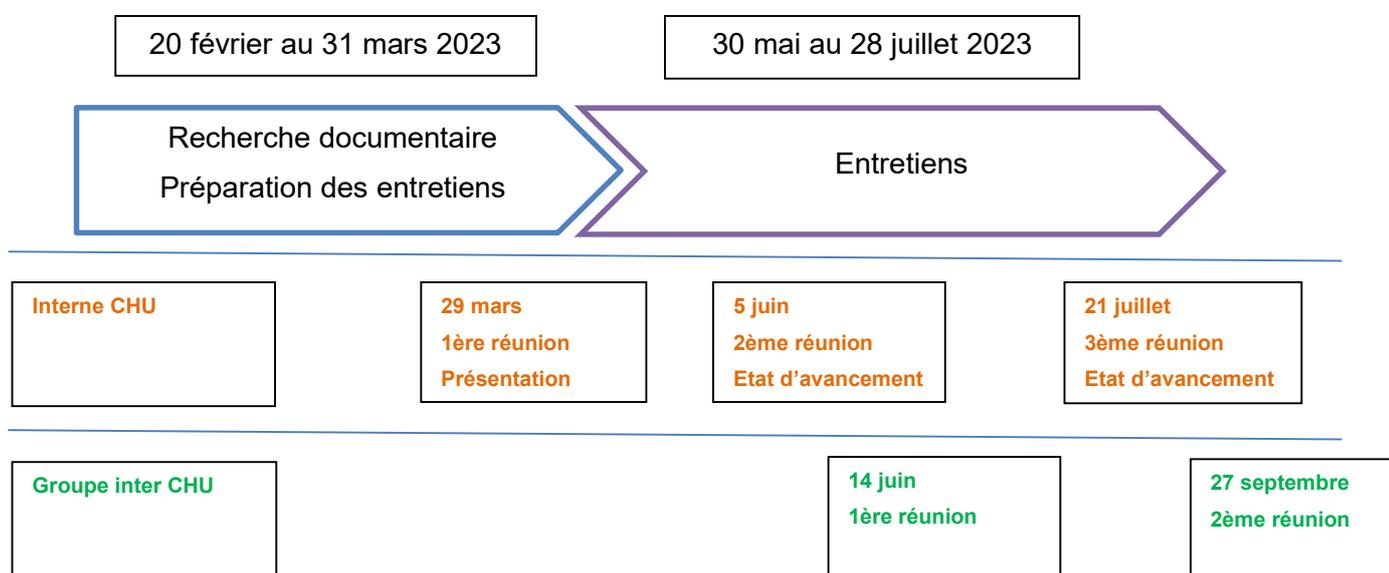
J'ai enfin consulté les différents sites qui compilaient actuellement des données sociales tels que ceux de l'ATIH et de la SAE pour envisager les opportunités ou les menaces à mettre en œuvre une nouvelle source de données.

Cette analyse documentaire a contribué à une meilleure compréhension des pratiques adoptées jusqu'à maintenant et surtout de constater les principales difficultés à surmonter pour répondre aux nouvelles demandes.

1.6 Calendrier des différentes modalités de recherche

Le stage des Attachés d'Administration Hospitalière se déroule en deux phases. La première période de mi-février à fin mars est dédiée à la découverte de l'établissement par des visites des différents services. La deuxième période en juin et juillet est quant à elle consacrée à la réalisation de la mission confiée. Les objectifs de la mission étant connus dès le début du stage et formalisés dans la convention de stage, j'ai profité de la phase initiale du début de l'année pour réaliser la recherche documentaire, lire et étudier les documents qui pourraient servir de support à l'analyse. Ce travail anticipé de collecte d'informations m'a permis d'être plus disponible et déjà préparée pour la réalisation des entretiens sur la deuxième période de stage. Les interviews se sont lissées sur deux mois. En parallèle se sont ajoutés à l'enquête de terrain, les réunions et groupes de travail dédiés.

Calendrier de l'enquête :



1.7 Retour sur la méthodologie utilisée : l'entretien semi-directif

Forces	Faiblesses
Richesse des données Flexibilité Interactions directes	Subjectivité Echantillonnage limité Temps et ressources
Opportunités	Menaces
Tendances émergentes Axes d'amélioration Engagement des parties prenantes	Résistance au changement Concurrence des méthodes Confidentialité

A l'issu de la période d'enquête j'ai pu identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la méthodologie utilisée.

J'ai pu identifier les points positifs suivants :

- La richesse des données : les enquêtes qualitatives permettent d'obtenir des informations détaillées et nuancées sur les perceptions et les attitudes des participants. J'ai bénéficié d'une participation active de la plupart des personnes auditées ce qui a favorisé un recueil exhaustif des expériences et des impressions.
- La flexibilité : les entretiens peuvent être adaptés en cours d'enquête pour approfondir certains sujets ou explorer de nouvelles pistes. L'entretien semi-directif laisse la souplesse de réorienter ou repréciser les questions si elles ne semblent pas adaptées ou si elles ne permettent pas d'obtenir des éléments de réponse suffisamment complets.
- Les interactions directes : les entretiens ou groupes de discussion favorisent un échange direct, ce qui peut enrichir les réponses.

En revanche les faiblesses de ce type d'enquête sont :

- La subjectivité et le manque d'exhaustivité : les résultats peuvent être influencés par les biais de l'enquêteur ou des participants. Même si dans une grande majorité des cas les entretiens menés étaient riches d'enseignement comme vu précédemment, certains professionnels n'avaient que peu de remarques à formuler et il était alors difficile d'exploiter ces réponses.
- L'échantillonnage limité : les échantillons sont souvent petits, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. Dans le cas présent seulement 13 agents ont été auditionnés.
- Le temps et les ressources : la collecte et l'analyse des données qualitatives peuvent être longues et nécessiter des compétences spécifiques. Ici, la courte durée du stage a été contraignant. En effet, la reprogrammation de certains entretiens annulés a parfois été compliquée. De plus, le calendrier du stage correspondait pour moitié à la période des congés d'été et donc à l'absence de certains personnels. Il a donc fallu être organisé et réactif dans la mise en œuvre de l'enquête.

Les opportunités sont nombreuses :

- Les tendances émergentes : l'analyse qualitative peut révéler des tendances ou des préoccupations non identifiées par des méthodes quantitatives.
- Les axes d'amélioration : les résultats peuvent être utilisés pour améliorer les pratiques, les processus...
- L'engagement des parties prenantes : impliquer les participants dans le processus d'enquête peut renforcer leur engagement et leur satisfaction.

Mais des menaces existent :

- La résistance au changement : les résultats d'une enquête qualitative peuvent ne pas être bien accueillis par les décideurs ou les parties prenantes.
- La concurrence d'autres méthodes : l'essor des méthodes quantitatives et des analyses de données massives peut réduire l'importance accordée aux études qualitatives.
- La confidentialité : les préoccupations concernant la confidentialité et la sécurité des données peuvent dissuader certains participants de s'engager.

Malgré quelques écueils, l'enquête qualitative correspondait parfaitement à mes attentes. Néanmoins les apports supplémentaires de la recherche documentaire et des observations participantes étaient une condition indispensable pour avoir des critères d'analyse suffisamment fiables et pertinents.

Les résultats de cette enquête sont présentés dans les paragraphes suivants en répondant aux deux axes questionnés, tout d'abord les enjeux pour les établissements à s'engager dans la démarche et ensuite les impacts constatés.

2 Un constat : la nécessité de s'engager dans une réforme

Si les textes s'imposent aux établissements qui doivent appliquer leurs évolutions afin respecter la réglementation, in fine ce ne doit pas être la seule raison pour laquelle les établissements s'engagent dans la démarche. En effet, si le seul objectif est de répondre à une commande, l'établissement n'en retirera aucune plus-value. La mise en œuvre ne doit donc pas être seulement contraignante et l'enjeu pour l'établissement est de pouvoir appréhender comment ce type d'évolution peut constituer une réelle opportunité.

2.1 Une obligation réglementaire

2.1.1 Un cadre législatif à respecter

La notion d'un document intégrant les données sociales n'est pas nouvelle pour les établissements de santé de plus de 300 agents. En effet, le Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit déjà que :

*« Dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, le directeur établit annuellement un bilan social lorsque l'effectif réel de l'ensemble des personnels, y compris les personnels médicaux rémunérés, dans l'établissement, est au moins de 300 agents au 31 décembre de la dernière année civile. »*⁵. Pour ces établissements des données sociales sont donc disponibles depuis près de 30 ans.

C'est la loi de transformation de la fonction publique d'août 2019 qui introduit un nouveau cadre juridique et instaure la base de données sociales et le rapport social unique qui conduit à revoir l'organisation des modalités de collecte des données entrant anciennement dans le champ des bilans sociaux. Elle a dès lors déroulé ses effets et à partir de 2021. Des années de transition ont été prévues dans la mise en place de la nouvelle organisation de la gestion RH des employeurs publics :

- Dès 2021, les administrations devaient produire chaque année un rapport social unique, qui remplace les précédents bilans sociaux.

⁵ Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Au 31 décembre 2022, toutes les administrations devaient ainsi avoir mis en place une base de données sociales dématérialisée, contenant une longue liste d'informations couvrant l'ensemble du domaine RH.
- À partir de 2024, pour la réalisation du RSU 2023, ce rapport social s'appuiera sur la base de données obligatoires. En attendant, il sera réalisé « à partir des données disponibles », sur l'année 2020 pour le RSU à produire en 2021, sur 2021 pour le RSU produit en 2022, sur 2022 pour le RSU produit en 2023.

Un décret du 30 novembre 2020 précise les informations à intégrer à la base de données sociales et détaille les modalités du rapport social unique. Deux arrêtés décrivent les modalités d'application et listent les indicateurs à renseigner dans la base de données : l'arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales et l'arrêté du 15 décembre 2022 modifiant l'arrêté du 28 avril 2022.

Dans la réalité, j'ai pu constater que le niveau de réalisation des CHU est très en deçà des aspirations. La difficulté de mise en œuvre et les impacts de la crise sanitaire ont ralenti l'effectivité et à ce jour très peu d'établissements ont formalisé un RSU et encore moins créé une BDS. La majorité ont conservé leur bilan social. Néanmoins, il est clair que les structures sanitaires devront se saisir du sujet car il répond à des objectifs stratégiques du ministère de la santé et des préventions.

2.1.2 Les objectifs des décideurs nationaux

Le ministère de la santé et des préventions est désireux de formaliser à l'échelon national un outil de concertation et de pilotage stratégique et demande chaque année aux établissements publics de santé d'obtenir un document intégrant les principales données sociales.

Il souhaite que les administrations disposent d'indicateurs réguliers permettant de mesurer des évolutions dans le temps, de se situer par comparaison des établissements publics de santé de taille similaire et d'évaluer les effets des politiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre.

La préoccupation majeure étant d'anticiper les actions à mettre en œuvre pour faire face aux changements à court et moyen terme sur des sujets tels que la formation, les parcours professionnels, la mobilité, les carrières, le dialogue social et les conditions de vie au travail qui sont des axes prioritaires de la nouvelle gestion des ressources humaines de la fonction publique.

L'installation de ces deux outils d'information et d'aide à la décision vise à améliorer le pilotage des établissements publics. Ils ont vocation à éclairer les lignes directrices de gestion généralisées par la loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, et à déterminer la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines de l'établissement.

Le rapport social unique permet de faire le point régulièrement sur les effectifs, en rassemblant dans un même document des données souvent éparpillées en interne. L'exploitation statistique du rapport social unique fournit une intéressante base d'informations indispensable pour alimenter les réflexions des administrations sur la gestion et l'anticipation de l'évolution des effectifs.

Enfin, ces outils ont également pour objectif de faciliter la transparence de la gestion des ressources humaines attendue de l'ensemble des acteurs du dialogue social en temps réel en améliorant la fiabilité des données et des restitutions par des remontées statistiques numériques normées, automatisées et centralisées.

2.1.3 Les évolutions voulues

En ce qui concerne la base de données sociales, il ne s'agit pas de faire évoluer un dispositif existant mais bien de créer un nouvel outil qui s'inspire de la base de données économiques et sociales mise en place dans le secteur privé par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 pour donner suite à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013. Cet outil ne se substituera pas à la collecte des données au niveau national, qui se fera toujours à travers le système PLAGE de l'ATIH. Néanmoins, un travail mené avec les éditeurs de logiciels pour voir si des remontées plus « automatiques » sont possibles a été annoncé mais qui n'a pas donné suite pour le moment.

Pour ce qui est du RSU, il a vocation à remplacer entre autres le bilan social mais aussi divers documents et à regrouper, pour chaque comité social, les données qui figuraient jusqu'alors dans :

- Le bilan social annuel, évoqué supra ;
- Le rapport annuel de situation comparée entre les hommes et les femmes, créé par l'article 51 de la loi Sauvadet du 12 mars 2012 ;
- Le rapport annuel sur les fonctionnaires mis à disposition, instauré par la loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 ;
- Le rapport annuel sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés créé par la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Il s'agit donc bien de rationaliser et de centraliser l'ensemble des données utiles à la gestion des ressources humaines.

Le RSU se vaut d'être davantage exhaustif, comme le précise le guide relatif à la base de données sociales élaboré par le ministère de la santé et de la prévention :

« Si le rapport social unique comprend des thématiques que l'on retrouvait dans le bilan social (recrutement, formation, mobilité, rémunération, égalité professionnelle...), il est plus ambitieux. Il permet d'apprécier :

- *Les caractéristiques des emplois et la situation des agents relevant du comité social ainsi que, de ceux qui ne sont pas électeurs de ce comité ;*
- *La situation comparée des femmes et des hommes et son évolution ;
Cet état comporte des données sexuées relatives au recrutement, à la formation, au temps de travail, à la promotion professionnelle, aux conditions de travail, aux actes de violence, de harcèlement sexuel ou moral et aux agissements sexistes, à la rémunération et à l'articulation entre l'activité professionnelle et la vie personnelle et familiale. Il comprend en outre des indicateurs synthétiques relatifs aux écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'État.*
- *La mise en œuvre des mesures relatives à la diversité, à la lutte contre les discriminations et à l'insertion professionnelle, notamment en ce qui concerne les personnes en situation de handicap ;*
- *La mise en valeur des travaux effectués par les différentes structures et donne de meilleures extractions de tableaux et peut faire face à différentes demandes politiques »⁶.*

Parallèlement à ces injonctions réglementaires, le CHU de Nice a des intérêts propres à déployer cette réforme au niveau local mais aussi dans le cadre d'un partage d'expérience avec les autres CHU.

⁶ Guide relatif à la base de données sociales pour la fonction publique hospitalière, septembre 2022, p.3

2.2 Une réforme engagée dans un contexte singulier pour le CHU

2.2.1 Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice et sa politique RH

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice est un établissement public de référence et le premier acteur de santé des Alpes-Maritimes. Il compte 8 établissements, implantés à Nice et Tende présentés en annexe 1. Il couvre l'ensemble des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique avec 16 pôles cliniques et médico-techniques (cf. annexe 2). Le CHU dispose d'une offre de soins complète regroupant : des soins ambulatoires ; des soins de jour et de semaine ; des soins de courte durée (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) ; des soins de suite et de réadaptation ; des soins de longue durée (EHPAD et USLD) ; des soins de psychiatrie. Le CHU de Nice assure 3 missions principales : le soin, l'enseignement et la recherche-innovation au profit d'une population de 1,4 millions d'habitants. Il est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire 06, qui intègre aussi 4 Centres Hospitaliers (Cannes, Grasse, Antibes et Menton), 7 Centres Hospitaliers de Proximité, 1 établissements de santé médico-social (cf. annexe 3).

Le CHU de Nice emploie près de 9 000 agents. En matière de gestion des ressources humaines, la dernière version du projet d'établissement pose comme ambition de « développer et faire vivre un modèle social ambitieux et fédérateur, à la hauteur de l'engagement des professionnels du CHU ». Le projet s'axe autour de 5 thématiques :

- Favoriser l'attractivité ;
- Jouer pleinement son rôle d'acteur social ;
- Favoriser la qualité de vie au travail ;
- Accompagner le changement ;
- Renforcer le sens collectif.

C'est la politique RH qui doit permettre d'accompagner l'atteinte de ces objectifs du projet d'établissement. La finalité étant de créer et maintenir un environnement social favorable à la mise en œuvre d'autres projets.

Arrivée dans un contexte de constitution d'un nouveau modèle de gouvernance, générateur de changements fondamentaux pour les agents, j'ai rapidement compris l'importance de définir une politique RH solide. Dès lors, l'utilité pour l'établissement de disposer d'outils de recueil d'indicateurs suffisamment efficaces ne faisait plus débat. En effet, c'est en

s'appuyant sur ces éléments que sont, dans un second temps, établies les lignes directrices de gestion afin d'impulser une politique RH toujours plus efficace et productive.

2.2.2 Vers un nouveau modèle de gouvernance

Fonctionnant jusqu'à lors sur un mode de gouvernance « classique », le CHU de Nice est aux portes d'un changement stratégique majeur en instaurant au 1^{er} janvier 2024 un nouveau modèle de gouvernance via la délégation polaire. Cette évolution, qui décentralise et médicalise les décisions et donne de l'autonomie directement aux équipes de terrain et aux acteurs de soins, constitue une véritable remise en question des pratiques existantes mais aussi de l'organisation des directions fonctionnelles qui verront en grande partie leurs moyens humains redéployés dans les pôles.

Dans ce contexte, l'enjeu de la mise en place de la BDS et du RSU est double :

- Premièrement, ils permettront de structurer la démarche en s'appuyant sur un état des lieux des ressources RH de l'établissement. Ils seront aussi primordiaux pour travailler sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) qui permet une gestion dynamique et préventive des ressources humaines. Cette GPMC permet d'anticiper les écarts entre les futurs besoins en compétences et les ressources disponibles, d'identifier les ajustements nécessaires et de définir une trajectoire RH.
- Deuxièmement, ils pourront être dans le futur un véritable outil de pilotage pour les pôles qui pourront les utiliser pour définir leurs orientations RH polaires. Il a donc été prévu de les construire en prévoyant par la suite une déclinaison polaire. En effet, l'établissement a pour idée qu'une fois la démarche globale stabilisée, la BDS et le RSU puissent être adaptés à chaque pôle dans le cadre d'une démarche stratégique locale.

2.2.3 Le nécessaire maintien d'un dialogue social de qualité

L'installation de cette nouvelle gouvernance, bien que validée par les instances et soutenue par la plus grande majorité des chefs, cadres supérieurs et cadres administratifs de pôle, génère néanmoins de nombreux questionnements et crée un climat social tendu. Le dialogue social s'en trouve malmené et dégradé. Pour porter un projet d'une telle envergure le CHU a nécessairement besoin de l'appui des organisations syndicales et a donc tout intérêt à maintenir un dialogue social de qualité. La base de données sociales et le rapport social unique étant des vecteurs de dialogue social, le CHU de Nice a immédiatement eu le souci de soigner le déploiement de ces outils. Plus qu'une obligation, Le CHU y a vu une

opportunité de jouer la transparence avec le comité social. En effet, le RSU et la BDS constituent un gage de qualité des données sociales communiquées.

Au-delà des prérogatives locales, le CHU a désiré, pour diverses raisons, être partie prenante du collectif des CHU de France qui s'est saisi du sujet. Ainsi, treize établissements ont souhaité travailler ensemble dans le cadre d'un groupe inter-CHU piloté par le CHU de Poitiers.

2.3 Une évolution portée par l'ensemble des CHU

2.3.1 La volonté d'harmonisation des pratiques

La base de données sociales et le rapport social unique s'imposant à tous les établissements publics de santé, tous ont dû se lancer dans la réforme. Néanmoins, les établissements ont très vite constaté les limites des décrets et arrêtés instaurant la BDS et le RSU. En effet, bien que listant les indicateurs devant être présents dans la base de données sociales et les thématiques relevant du rapport social unique, aucune indications n'étaient présentes concernant les modalités de recueil ou celles de la présentation des données. A l'inverse de la fonction publique territoriale qui collige ses données sur une plateforme dédiée, dans le cadre de la fonction publique hospitalière rien n'a été proposé. Chaque hôpital avait donc le choix de construire ces outils comme il le souhaitait.

Comprenant qu'il n'était pas dans leur intérêt de travailler de manière isolée mais plutôt de tendre à un modèle commun, près de la moitié des CHU se sont réunis dans un groupe de travail piloté par le CHU de Poitiers. La première séance a eu lieu le 14 juin 2023 avec trois objectifs :

- Réaliser un état d'avancement du RSU au sein de chaque établissement ;
- Identifier les indicateurs à mettre en commun ;
- Définir une méthodologie commune.

L'état des lieux a démontré que :

- La majorité des CHU va produire sous le format bilan social pour les données 2022 ;
- Quelques CHU ont fait un mix du bilan social et du registre HSCT : Clermont-Ferrand, Montpellier, Nantes ;

- Montpellier produit depuis 3 ans, un RSU hybride avec des indicateurs simples à minima basés sur les définitions claires ;
- Certains établissements sont engagés dans une démarche RSU plus ou moins avancée : AP-HP, les CHU de Brest, Nice, Rennes, Poitiers, Rouen.

Au regard de la disparité de l'état d'avancement des établissements, il semblait nécessaire d'harmoniser les pratiques pour parvenir à une trame commune qui pourrait être diffusée à tous les établissements employant plus de 300 agents et devant répondre aux mêmes données.

2.3.2 La constatation des difficultés par le collectif pour améliorer les process

La première séance de travail a rapidement mis en exergue que la volonté d'harmonisation des pratiques se heurtait à la complexité de mise en œuvre. Le premier écueil constaté était que les indicateurs sont extrêmement nombreux, que les définitions ne sont pas toujours claires ou du moins compréhensibles de la même manière par tous les EPS et que certaines données sont parfois très difficilement mobilisables.

Dès lors, les CHU ont décidé collégalement de ne pas s'attacher seulement à répondre à la demande réglementaire mais dans un premier temps d'identifier et de lister les obstacles au bon fonctionnement des dispositifs proposés par le ministère afin de faire remonter l'information auprès de la DGOS. L'objectif étant d'échanger avec cette dernière sur les limites des dispositifs proposés par l'administration au regard des réalités opérationnelles afin d'aboutir de manière concertée à une simplification des process. Des indicateurs de faisabilité ont été décidés :

1.	pas de difficultés d'extraction, de définition
2.	pas de difficultés d'extraction mais besoin d'éclaircir le périmètre
3.	difficulté de production
4.	définition à éclaircir

L'ambition des CHU se voulait d'être force de proposition pour aboutir à une amélioration des pratiques qui faciliterait la mise en œuvre de la BDS et du RSU pour toutes les structures.

2.3.3 Une démarche proactive pour être préfigurateur

La devise du CHU de Nice « Tous mobilisés pour faire de notre CHU un modèle national préfigurant l'organisation hospitalière de demain ! » illustre bien son intention de se positionner comme précurseur dans tous les projets. La Directrice des Ressources Humaines a clairement affirmé dès le début de ma mission le souhait de l'établissement d'être proactif sur le sujet de la BDS et du RSU. Si les éléments étaient seulement attendus en 2024 sur les données 2023, le CHU a voulu initier le process dès 2023 sur les données 2022. Cette orientation stratégique répondait à plusieurs enjeux :

- Pouvoir proposer son propre modèle organisationnel et ses propres outils aux autres établissements et ne pas se voir imposer des dispositifs choisis par les autres établissements. Par exemple, introduire prioritairement les indicateurs qui seraient les plus pertinents pour notre établissement au regard de son contexte.
- Définir rapidement les enjeux pour les établissements mais également mesurer les impacts afin de favoriser le partage d'expérience lors des groupes de travail.
- Assurer un rôle d'expert auprès du groupe de travail en étant au clair avec les évolutions réglementaires.
- Développer l'image de marque de l'établissement en faisant preuve d'exemplarité.

Même si l'établissement a des avantages certains à s'engager dans la réforme, j'ai pu constater que les impacts des évolutions réglementaires sont significatifs et ne doivent pas être négligés.

3 Les impacts de l'évolution réglementaire sur l'établissement

Force est de constater que ces évolutions peuvent nécessiter des ajustements importants dans l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé. Elles peuvent impliquer des modifications des procédures de travail, des investissements dans des équipements ou des formations pour le personnel. Elles conditionnent le management, les organisations, les relations sociales, la stratégie et les aspects techniques.

3.1 Des orientations stratégiques à repenser

3.1.1 Des choix stratégiques sur la formalisation des données

Lorsqu'on parle d'orientations stratégiques, il s'agit de l'ensemble des décisions qui permettent d'orienter la façon dont l'établissement répondra aux attentes des différentes parties prenantes. Ici, il s'agira de concrétiser un nouveau plan stratégique pour la mise en œuvre de la BDS et du RSU qui répondra aussi bien aux besoins des décideurs nationaux, qu'à l'institution, qu'aux utilisateurs ou encore au comité social. La mise en place de ces orientations stratégiques est du ressort du chef d'établissement ou de son représentant dans le cas présent de la Directrice des Ressources Humaines mais le pilote de projet se doit de faire des propositions pour orienter les décisions. Si les codes d'élaboration du bilan social, du rapport annuel de situation comparée entre les hommes et les femmes et des autres supports intégrant les données sociales étaient stabilisés depuis de nombreuses années, la fusion de ces rapports oblige l'hôpital à redéfinir la formalisation de l'ensemble de ces données en arbitrant notamment sur les indicateurs à retenir dans le RSU et sur le format de la BDS qui sera présenté au comité social. Une vigilance toute particulière doit être apportée aux données transmises, à leur mode de diffusion, et au public concerné.

Le CHU prévoyait initialement de remettre dès 2023 une BDS finalisée et un RSU sur les données 2022. Compte tenu de l'ampleur du travail et de la participation au groupe de travail inter-CHU, la direction a finalement revue sa position et a décidé :

- De rédiger un bilan social préfigurateur du RSU pour 2023 sur les données 2022 (document hybride conjuguant les attentes du futur RSU et de l'ancien BS).
- De commencer à extraire un maximum de données pour alimenter la base de données, sans avoir de caractère obligatoire pour 2023 mais préparant largement le travail pour 2024. La priorité étant donnée aux indicateurs qui serviront à la rédaction du BS 2022.

La question du maintien de l'intégration des informations relatives au personnel médical a été également soulevée puisque le décret précise « *La base de données sociales comporte, sous forme dématérialisée, les données concernant les agents relevant du comité social. Ces données peuvent également porter sur des agents qui ne sont pas électeurs de ce comité mais sont rémunérés ou accueillis par ces administrations ou établissements*⁷ » et donc n'imposait pas de les ajouter.

Enfin, la réflexion s'est axée sur l'adaptation ou non des outils pour chaque pôle en prévision de la future délégation polaire et s'est arrêtée sur un déploiement dans un deuxième temps lorsque les outils seront stabilisés.

La stratégie de l'établissement devra de plus impérativement se conformer aux obligations réglementaires.

3.1.2 Le calendrier au regard des attendus réglementaires

Le calendrier de présentation du bilan social au CHU de Nice était arrêté pour chaque année aux instances du mois de juin. Le BS était présenté, comme le prévoyait le cadre réglementaire, une fois par an à l'ensemble des instances consultatives et décisionnelles pour avis avant d'être arrêté par le directeur de l'établissement. Les membres des instances consultées recevaient la communication du projet de bilan social un mois avant la séance. Le projet de bilan social était également communiqué aux organisations syndicales.

L'évolution réglementaire a poussé les EPS à revoir leur stratégie de présentation qui devra tenir compte des impératifs de l'établissement mais également des contraintes réglementaires. Au CHU nous avons axé notre réflexion sur trois points suivants :

- Le calendrier de déploiement de la démarche ;
- Les règles relatives au calendrier de mise à jour des indicateurs de la BDS ;
- Le calendrier de mise à disposition de ces deux outils.

Sur le premier volet, comme vu précédemment le calendrier de déploiement a été revu par rapport aux contraintes opérationnelles. Les arbitrages à ce sujet ont déjà été évoqués précédemment.

⁷ Décret n°2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique

Pour le second, la législation indique que « la base de données sociales doit être mise à jour à minima une fois par an », c'est une mise à jour annuelle qui a été choisie pour le CHU de Nice.

Enfin concernant le dernier volet, il a été décidé que pour l'année 2023 un rétroplanning serait défini tenant compte de ces ajustements. La collecte des données sera réalisée jusqu'au 31 août sur la base de données sociales pour à minima les indicateurs présents dans le bilan social préfigurateur RSU. Le RSU sera présenté aux instances d'octobre et devra être remis au comité social quinze jours avant la séance. L'accompagnement du comité social à l'utilisation et à la consultation de la base de données sociales débutera en janvier 2024 pour un premier accès à la base de données sociales au mois de mai 2024.

3.1.3 Quelles démarches avec le comité social

Une réforme réglementaire peut également avoir un impact sur les relations sociales au sein de l'établissement. Elle peut nécessiter un dialogue social renforcé, avec la mise en place de processus de concertation et de négociation entre les différentes parties prenantes. Ces deux outils étant des éléments forts du dialogue social, la réflexion stratégique s'est logiquement concentrée sur les modalités de partage de ces dispositifs et plus spécifiquement de la nouvelle BDS avec le comité social. Il s'agit de donner aux représentants du personnel leur place dans la concertation autour des enjeux RH qui les concernent. Bien qu'étant obligatoire selon le décret en vigueur, le CHU de Nice a un intérêt sérieux à soigner l'introduction de ce nouvel outil. En effet, il convient d'être vigilant sur l'interprétation des données par les représentants syndicaux. Il a fallu déterminer les risques et les opportunités (quand et comment associer le comité social). Il a donc semblé évident que cette démarche devait être accompagnée pour limiter le risque pour l'établissement. Une discussion s'est donc engagée sur différents sujets tels que le format souhaité, le calendrier de déploiement, les modalités de diffusion... Plusieurs rencontres ont permis de consolider la stratégie de mise en œuvre la plus respectueuse et la plus participative du comité social.

3.2 Des impacts managériaux importants

3.2.1 Une charge de travail supplémentaire à anticiper

Si la construction du bilan social nécessitait déjà une charge de travail importante pour les agents, la création de la base de données sociales ainsi que le nouveau format de présentation des données à travers le rapport social unique a un impact considérable sur la charge de travail pour les cadres. Cette surcharge vient se rajouter aux tâches quotidiennes.

En effet, la préparation de la base de données sociales est extrêmement chronophage car elle regroupe 170 indicateurs ventilés en différents critères ce qui représente un volume de près de 580 données à renseigner chaque année pour l'année N-1. Le nombre de tâches à accomplir relatives à l'extraction et à la compilation des données s'en trouve augmenté.

Il faut aussi considérer que le surcroît de travail ne réside pas seulement dans le temps imparti au recueil des données, il est aussi engendré par les temps consacrés à la formation, les temps dédiés à l'accompagnement du comité social, les réunions d'information, les groupes de travail...

A cela s'ajoutent les travaux attendus dans le cadre du groupe de travail inter-CHU qui majorent le nombre d'activités à réaliser. Tous ces éléments confondus peuvent vite emboliser un agenda et rendre la tâche véritablement fastidieuse.

Il ne faut pas oublier non plus que lorsque les missions sont réalisées de manière systématique dans un processus annuel et formalisé, tel que c'était le cas pour le BS, leur réalisation s'en trouve, de fait, facilitée. Les agents passeront toujours plus de temps au démarrage de nouvelles pratiques.

Tous ces éléments devront être anticipés et objectivés afin de limiter au maximum leurs impacts sur les équipes.

3.2.2 Des compétences et une expertise à reconstruire

Le BS se construisant au CHU de Nice depuis plusieurs années dans les mêmes conditions et avec le même formalisme, les acteurs sollicités pour son élaboration maîtrisent parfaitement aussi bien le savoir, que le savoir-faire. Ils bénéficient d'un grand niveau d'expertise sur le sujet. Ils parviennent à travailler sur des tâches complexes sans difficulté. Leur maîtrise est rassurante aussi bien pour eux que pour leurs supérieurs hiérarchiques. Ils sont, par conséquent, complètement autonomes sur la mission confiée. Ces évolutions réglementaires peuvent fragiliser ces compétences et connaissances à plusieurs niveaux : la connaissance du nouveau cadre législatif, du calendrier réglementaire, l'utilisation des nouveaux outils, l'identification de nouvelles requêtes...

Il conviendra donc de prendre en compte ses considérations afin de permettre aux agents de répondre aux nouvelles exigences et d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer leurs fonctions.

De manière plus générale, les réformes peuvent ainsi introduire de nouvelles normes en matière de qualifications professionnelles, de développement des compétences ou de validation des acquis de l'expérience. Ces évolutions peuvent ainsi influencer les parcours

de carrière des agents hospitaliers et leur permettre de se former et d'évoluer professionnellement.

3.2.3 Une organisation à repenser, une évolution des missions

En tant que démarche novatrice, le déploiement de la BDS et du RSU nécessite une adaptation des services aux attendus méthodologiques. Dans la situation présente cela n'a pas entraîné de changements dans les rythmes ou les horaires de travail, ou bien sur les organisations des services et des équipes, comme cela pourrait exister dans d'autres cas. En revanche, cela a nécessité de :

- Revoir le processus de travail concernant les modalités de recueil des données et de rédaction du RSU à effectif constant ;
- Réorganiser les tâches entre les agents ;
- Redéfinir les personnes ressources ;
- Introduire de nouvelles missions dans le cadre de la démarche portée par le groupe de travail inter-CHU ;
- Réajuster le calendrier de mise en œuvre.

Même si ces changements peuvent paraître mineurs, ils ont néanmoins été mal vécus par les attachés puisqu'ils sont venus perturber des pratiques établies et maîtrisées.

3.3 Des conséquences sur les outils utilisés

3.3.1 Repenser ou inventer des outils

L'impact sur les outils numériques est important. Il concerne la mise à jour et l'adaptation de l'existant ou bien la création de nouveaux dispositifs. L'utilisation de technologies ou d'outils inadaptés, inefficaces ou encore leur inexistence peut ralentir les processus de travail et augmenter la charge de travail nécessaire pour accomplir les tâches. Il faut donc travailler à la mise en place d'outils performants tout en étant intuitifs et facilement utilisables par tous. Cet aspect est non négligeable car le déploiement de ces outils conditionne le commencement du projet. Ici, par exemple, la matérialisation d'un tableur Excel permettant le recensement des données étaient un prérequis essentiel à l'accomplissement de la mission.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans la fonction publique territoriale une application permettant la collecte a été développée par les centres de gestion et est accessible sur la page <https://www.donnees-sociales.fr/>. Pour la fonction publique

hospitalière, rien n'a été proposé et il s'agissait de créer un outil de recensement des données permettant de compiler plus de 580 indicateurs. Cet outil devait également répondre aux objectifs définis par le groupe de travail inter-CHU relatifs au niveau de faisabilité des indicateurs. Le but était de ne pas démultiplier les outils mais de mettre en place un dispositif unique remplissant tous ces critères.

Pour le RSU, le choix de l'établissement étant de rédiger pour 2022 une version hybride intermédiaire entre la BS et le RSU, de la même façon, il a fallu imaginer une nouvelle maquette répondant à ces deux enjeux.

3.3.2 La multiplicité des enquêtes et la sécurité des données

Les données sur les personnels des établissements de santé de plus de 300 agents sont déjà enregistrées sur différentes plateformes :

- Comme nous l'avons déjà vu précédemment, les données sociales du bilan social sont renseignées sur la plateforme de l'ATIH <https://www.atih.sante.fr/bilan-social> une plateforme qui sert à remonter et à suivre des données du bilan social des établissements publics de santé.
- Mais elles se retrouvent aussi dans la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) <https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr> qui est « *une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leurs activités, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux* ».

La base de données sociales ne se substituant à aucun de ces dispositifs, voit donc la création d'un nouveau support à alimenter. Cette multiplicité des supports a des désavantages certains : parallélisme des données, rapprochement des indicateurs, sécurité des données...

Concernant ce dernier point, la base de données sociales est particulièrement concernée. Il a fallu trouver un système de partage suffisamment flexible pour être alimenté par tous les contributeurs et répondant aux normes de sécurité informatique. La solution de partage via l'application Teams sous le compte du GHT06 a été privilégiée.

3.3.3 La révision des procédures

Afin de cadrer la démarche et de l'ancrer dans la durée, la mise à jour des procédures doit être réalisées.

- Les procédures administratives : elles doivent être mises à jour pour être conformes aux nouvelles exigences. Cela peut impliquer la création de nouveaux formulaires, l'ajout de nouvelles étapes dans le processus ou la modification des délais de traitement.
- Les procédures de conformité : les évolutions réglementaires peuvent également entraîner des modifications importantes dans les procédures de conformité. Par exemple comme cité supra, dans le domaine de la protection des données, l'entrée en vigueur du Règlement général sur la protection des données (RGPD) oblige les EPS à mettre en place de nouvelles procédures pour assurer la protection des données personnelles des individus.

Même si ce n'est pas le cas dans cette situation, il pourrait aussi y avoir des répercussions sur les procédures comptables (ex : nouvelles procédures de reporting ou de méthodes de calcul) et sur les procédures en matière de santé et sécurité (ex : procédures d'évaluation des risques...).

Dans cet exemple il ne s'agissait pas seulement de corriger la procédure existante mais de rédiger de nouveaux documents en partant d'une feuille blanche. La formalisation de ces instructions est relativement importante puisqu'elle impacte la bonne mise en œuvre de la démarche et plus encore sa pérennité. Cela peut impliquer des changements dans les processus internes, la collecte de nouvelles informations, la mise en place de contrôles supplémentaires.

Les évolutions réglementaires ont donc un impact sur les procédures dans plusieurs domaines, nécessitant souvent des mises à jour ou des adaptations pour se conformer aux nouvelles exigences.

Afin de pallier toutes ces contraintes, j'ai réfléchi aux solutions opérationnelles qui pourraient être développées afin d'atteindre les objectifs fixés.

4 Les propositions pour réussir la mise en œuvre

Si nous pouvons constater que les impacts sont nombreux et qu'ils peuvent rapidement mettre à mal la démarche, en prenant en charge la mise en œuvre de la base de données sociales et du rapport social unique, je me suis attachée à repérer les actions permettant de mener à bien le dispositif.

Une des vertus que l'on peut attribuer à ce cadre normatif changeant, c'est qu'il nous pousse à revoir et optimiser des pratiques installées depuis de nombreuses années et à en construire de nouvelles. J'ai ainsi défini une stratégie qui pourrait être mise en œuvre et réfléchi aux actions avec pour ambition de mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs vers un objectif commun et de faire vivre le projet dans la durée.

4.1 Analyser la situation initiale

L'analyse la situation initiale est une action incontournable. Elle permet d'identifier les objectifs, les risques, les limites et les besoins du projet. Comprendre le contexte et identifier l'existant que ce soit pour les ressources humaines ou pour les ressources techniques est prioritaire. Ce travail préparatoire indispensable permet de s'appuyer sur ce qui fonctionne et pourra être transposable à l'installation des nouvelles modalités mais surtout d'anticiper tous les autres domaines sur lesquels il faudra travailler.

4.1.1 Connaître son sujet

Avant de s'engager dans les actions, il faut acquérir un bon niveau de connaissance sur le sujet traité, pouvoir l'analyser et appréhender les changements évoqués. Cette phase de découverte et d'appropriation a vocation à :

- Atteindre le niveau d'expertise attendu pour mener à bien la mission ;
- Devenir un conseiller auprès des acteurs ;
- Fixer les objectifs à atteindre ;
- Diffuser une information claire, synthétique et accessible à tous.

La seule lecture des décrets et arrêtés n'est de fait pas suffisante pour développer les savoirs adéquates. Il convient de faire preuve d'esprit de recherche en consultant les sites internet, les ouvrages, les articles... J'ai pu constater que le benchmarking auprès d'autres établissements est également très intéressant pour comparer les pratiques, partager les expériences, connaître leur état d'avancement, leur stratégie... Il permet aussi de se

rassurer sur la compréhension des attendus en ayant un autre regard critique bien amont du début des travaux. Le temps consacré à ce premier volet ne doit pas être négligé car il constituera le socle de la construction du projet.

4.1.2 Les ressources humaines...

Les évolutions réglementaires mobilisant des données très diverses et détenues par de multiples agents, l'enjeu ici est de connaître rapidement les personnes ressources ayant l'expertise et les compétences nécessaires. Pour ce faire il est possible de s'appuyer sur les outils mis à disposition par l'établissement comme les organigrammes et les annuaires qui sont des ressources non négligeables. Il est nécessaire d'effectuer un travail préparatoire en allant à la rencontre des acteurs participants à la démarche afin :

- D'établir un premier contact et de connaître les personnes sollicitées ;
- De se présenter et d'être identifié comme pilote de projet ;
- D'échanger, observer et comprendre leur organisation et leur mode de fonctionnement actuel ;
- D'identifier les éventuels freins à la mise en œuvre de la nouvelle démarche ;
- D'anticiper leurs besoins (ressources RH, information, formation, outils...) ;
- De réfléchir aux futures personnes à mobiliser pour faire vivre le projet dans le temps.

La finalité de ces rendez-vous est de rapprocher chaque nouvelle mesure à un secteur gestionnaire et d'identifier un référent. Plus spécifiquement de définir quels acteurs seront concernés et sur quels domaines ils seront amenés à intervenir.

4.1.3 ...mais aussi les ressources techniques.

Il paraît utile de réaliser un inventaire des outils existants. L'intérêt de collecter ces informations est :

- De connaître, de demander les accès et d'utiliser les outils déployés par l'établissement ;
- De comprendre leurs avantages et leurs limites ;
- D'anticiper les nouveaux outils à déployer ;
- D'anticiper les besoins de formation à de nouveaux outils ;
- De comparer l'existant avec les nouveaux attendus ;
- D'harmoniser les pratiques.

Il est nécessaire de s'initier à l'utilisation des outils de fonctionnement courant et de disposer d'outils SI performants pour fiabiliser et analyser les informations mais surtout d'en maîtriser l'usage. Il est donc utile d'initier la rédaction de guides pratiques facilitant leur utilisation afin que les contributeurs puissent travailler en totale autonomie.

4.2 Prioriser les actions et orienter les acteurs

4.2.1 Concevoir un plan d'action

Dans la grande majorité des cas les établissements veulent, au regard de leur position stratégique, entrer rapidement dans la démarche. A ce stade, il s'agit d'être réactif, organisé et force de proposition. Il faut donc proposer des axes de travail pertinents et construire un plan d'action efficace en décidant des priorités afin d'éviter que la mise en œuvre se fasse de manière désordonnée. C'est en effet une menace forte pour les structures où les risques de dispersion des efforts et de déperdition de l'information sont importants au regard du nombre d'acteurs impliqués dans la démarche et de sa complexité. La réponse à cet écueil est d'établir une planification scrupuleuse :

- En définissant des objectifs clairs et atteignables,
- En élaborant un plan détaillé des activités à réaliser (feuille de route) ;
- En fixant des échéances précises,
- En mettant à disposition les moyens humains et matériels nécessaires.

Chaque secteur gestionnaire doit rapidement être informé des missions qu'il a à réaliser, des outils mis à disposition ainsi que du calendrier. Le plan d'action doit être présenté et soutenu pleinement par la direction ce qui permettra à la démarche de s'accomplir de façon plus efficiente en bénéficiant d'un appui institutionnel.

4.2.2 La coordination des acteurs

Même si la démarche projet est bien formalisée, son déploiement peut être freiné par un désinvestissement des contributeurs. En effet, j'ai constaté que ces derniers peuvent être fragilisés face à la forte charge de travail supplémentaire et à la complexité du sujet. Pour réussir la mission confiée, un travail de coordination doit être mené.

Il permet de :

- Inscrire la démarche dans un travail d'équipe ;

- Rassurer les agents pour les mettre en action en toute confiance ;
- Maintenir la motivation ;
- Faire avancer tous les acteurs au même rythme (aussi bien ceux s'engageant pleinement dans la démarche, que les autres plus frileux qui nécessiteront un accompagnement supplémentaire) ;
- Répartir la charge de travail ;
- Accompagner les agents par le biais de formations (formation interne, prestataire extérieur, e-learning).

L'enjeu est de faire prendre conscience aux équipes qu'un travail collectif est garant de la bonne réussite du projet. L'adhésion des équipes est un levier essentiel dans la réussite des objectifs, et encore plus lorsque que le management est uniquement fonctionnel et participatif.

Il s'agit aussi d'assurer le lien entre la direction et les équipes de terrain, en alertant les supérieurs sur les éventuelles difficultés rencontrées et les équipes sur les potentiels changements stratégiques demandés.

4.2.3 La communication avec les parties prenantes

L'élément clé qui permet aux évolutions réglementaires d'être rapidement mises en œuvre est qu'une grande place doit être donnée à la communication. Il est primordial que chaque acteur ait le même niveau d'information à chaque étape de la démarche.

La communication peut s'orienter autour des axes suivants :

- Les évolutions réglementaires ;
- Les orientations stratégiques ;
- La définition des objectifs ;
- Les calendriers, les délais ;
- Les moyens mis à disposition et l'accompagnement ;
- L'évaluation du dispositif.

Les canaux de communication choisis peuvent être divers : communication par mél, réunions d'information, entretiens individuels...

Pour communiquer les informations relatives à l'état d'avancement du projet et afin de ne pas démultiplier les réunions et ne pas saturer les agendas, il est possible d'utiliser les créneaux déjà sacralisés comme des réunions hebdomadaires ou mensuelles. Le porteur

de projet doit parvenir à transmettre une information claire et construite, utilisant un discours adapté aux interlocuteurs. Pour ce faire, les interventions doivent être préparées et en cohérence avec la stratégie de l'établissement.

Il est essentiel de réaliser la planification des messages clés à communiquer (par quels vecteurs, à quels moments, à quels interlocuteurs...).

Il est à noter que la communication doit être bidirectionnelle et que les parties prenantes doivent être encouragées à fournir des commentaires et des suggestions tout au long du processus. Effectivement, les agents peuvent également avoir des idées précieuses sur la manière dont le changement peut être géré efficacement.

4.3 Faire vivre le projet dans le temps

Un fois que le projet défini et lancé, il s'agit d'entretenir la dynamique dans le temps. Il convient alors de trouver les leviers qui assureront la pérennité du dispositif.

4.3.1 Se tenir informé des évolutions

Comme cela a été indiqué précédemment les évolutions réglementaires sont constantes. Assurer une veille réglementaire est donc un élément indispensable à l'installation du projet dans la durée. De nombreux sites centralisent les informations (APM, HOSPI MEDIA, FHF...), il est donc utile de les consulter de manière régulière. Néanmoins, les textes publiés sont nombreux et il faut donc rester très attentif et pragmatique. Un niveau d'information défaillant qui ne tiendrait pas compte de nouvelles parutions aboutirait à mener des travaux inutiles et contraires aux attendus.

L'institution, peut prévoir d'adresser aux personnes concernées des relevés hebdomadaires des dernières actualités ou de désigner au sein de chaque direction fonctionnelle un référent chargé de la veille réglementaire sur son domaine d'activité.

Il est également possible de faire appel à des experts juridiques, des consultants ou des spécialistes du domaine réglementaire pour fournir des conseils et des recommandations sur le suivi de ces nouvelles réglementations.

En parallèle, il est nécessaire de prendre en compte les évolutions attendues dans le cadre des travaux qui peuvent être menés par d'autres établissements. C'est par le biais d'un lien constant avec les pilotes de projet des autres structures que cela peut être formalisé. En effet, lorsque des sujets concernent plusieurs institutions des réunions de travail inter-établissements doivent être programmées. Le but étant de construire une démarche commune en suivant la même ligne de conduite. Pour ce faire, les établissements ont un

intérêt commun à se tenir mutuellement au courant des nouvelles orientations envisagées dans leur propre structure.

4.3.2 L'évaluation régulière du dispositif et des résultats

Les contraintes opérationnelles (indisponibilité des acteurs, alignement avec les autres CHU, modification du calendrier...) ayant un impact fort sur l'état d'avancement du projet, il est nécessaire de s'adapter et d'effectuer des réajustements permanents.

A toutes les étapes du processus, des évaluations doivent donc être effectuées afin de vérifier s'il correspond toujours aux attentes et éviter les écueils.

L'évaluation peut être organisée à deux niveaux :

- L'évaluation du dispositif par les parties prenantes.
Les différents échanges individuels avec les personnes intervenants dans le dispositif sont formateurs, ils contribuent à l'identification des points bloquants et permettent de trouver des pistes d'amélioration en concertation. Le regard critique des contributeurs permet de prendre du recul tout au long de la mise en œuvre et de corriger les erreurs avant qu'elles soient installées durablement. Leur niveau d'expertise sur les éléments à produire conduit à une évaluation objective du processus.
- L'évaluation du dispositif par le pilote de projet.

L'évaluation des résultats passe par le contrôle régulier du niveau d'atteinte des objectifs fixés. C'est le principal indicateur de réussite du projet. Il est donc nécessaire de s'assurer que les nouvelles attentes ont été comprises et que les demandes induites par les évolutions réglementaires ont été suivies.

4.3.3 La pérennisation de la démarche

Afin de pérenniser la démarche il est nécessaire de lui donner du sens. Elle ne doit en effet pas apparaître comme une obligation réglementaire de plus dans un contexte professionnel déjà contraint.

Celle-ci ne vise pas à induire un formalisme impactant tous les actes de gestion quotidienne. Il s'agit donc de formaliser les procédures et les outils permettant d'assurer une continuité de la mission la plus simple et la moins chronophage possible et de favoriser la transmission du savoir. L'ensemble de ces procédures et modes opératoires doivent bien entendu être intégrés à la GED afin de s'assurer de leur application en permanence et dans la durée. La somme des actions objectivées dans le plan d'actions ainsi que l'identification des secteurs

gestionnaires permettent de dégager ce qui sera délégué par la suite et à quels interlocuteurs. Il est essentiel de s'attacher à ce que les différents acteurs puissent assurer leurs missions de manière autonome par la suite.

L'organisation future n'est pas toujours facile à définir, en effet le fonctionnement interne des institutions est très souvent fluctuant avec des organisations remises en question fréquemment. Il est ainsi parfois complexe d'envisager sereinement la pérennité du dispositif.

Conclusion

Ce mémoire relatif aux enjeux et impacts des évolutions réglementaires pour les établissements de santé établit un constat, s'interroge sur les conséquences et vise à en tirer des enseignements.

A sa lecture, nous avons pu constater que les enjeux à s'engager dans la démarche sont multiples. Même s'ils visent en première intention à répondre à une obligation réglementaire, ils ont aussi un intérêt stratégique pour l'établissement que ce soit une interne ou vis-à-vis des autres CHU.

Néanmoins, les impacts sont nombreux et ne doivent pas être négligés. Ils portent sur les aspects stratégiques, managériaux et techniques. Ainsi, la conduite de ce projet a permis de dégager des propositions pour une mise en œuvre efficiente passant par l'analyse de la situation, la mise en place d'actions et la capacité à faire vivre le projet dans la durée.

Il paraît donc important pour les établissements de ne pas sous-estimer l'importance des changements du cadre légal et de prendre en compte leurs impacts dans leur planification stratégique. Il est également essentiel de gérer le changement avec rigueur et méthode afin d'éviter toute perturbation dans les activités et de faire de ces obligations légales un atout.

Pour conclure, l'enquête menée via les entretiens semis directifs, les observations participantes et la recherche documentaire a été particulièrement formative. Elle a permis d'interroger le fonctionnement de nombreux secteurs. Elle a conduit à une analyse fine des enjeux et impacts de évolutions réglementaires sur les établissements de santé.

Bibliographie

Documents

Rapport d'activité 2021 du CHU de Nice
Chiffres clés du CHU de Nice
Lignes directrices de gestion du CHU de Nice

Guide

Guide relatif à la base de données sociales pour la fonction publique hospitalière –
Septembre 2022

Sites consultés

<https://www.chu-nice.fr>
<https://www.atih.sante.fr/bilan-social>
<https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr>
<https://www.hospimedia.fr>
<https://www.fhf.fr>
<https://www.apmnews.com>
<https://donnees-sociales.fr>

Ouvrages

Brechon P. Enquête qualitatives, enquêtes quantitatives, presse universitaire

Juan S., Méthodes de recherche en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques, Paris, PUF, 1999

Textes officiels

Décret no 2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique

Arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales

Arrêté du 15 décembre 2022 modifiant l'arrêté du 28 avril 2022 fixant pour la fonction publique hospitalière la liste des indicateurs contenus dans la base de données sociales

Instruction N° DGOS/RH3/2023/123 du 28 juillet 2023 relative à l'enquête réalisée auprès des établissements de la fonction publique hospitalière pour recueillir un ensemble de données issues des bases de données sociales

Liste des annexes

Annexe 1 : Les établissements du CHU de Nice

Annexe 2 : Les pôles

Annexe 3 : Le GHT 06

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 1
Les établissements du CHU de Nice



Hôpital L'Archet

151, route Saint-Arnaud de
Ginestrière
CS 23079 - 06202 Nice Cedex 3
04 92 03 77 77

[Voir la fiche](#)



Hôpital Pasteur

30, Voie Bernardine
CS 51069 - 06001 Nice Cedex 1
04 92 03 77 77

[Voir la fiche](#)



Hôpital Cimiez

4, Avenue Reine Victoria
CS 91179 - 06002 Nice Cedex 1
04 92 03 77 77

[Voir la fiche](#)



**Institut de médecine bucco-
dentaire**

28 boulevard de Roquef
06300 Nice
04 92 03 32 70

[Voir la fiche](#)



Hôpital de Tende

3 Avenue Jean Médecin
06430 Tende
04 92 03 50 00

[Voir la fiche](#)



**ESPIC Hôpitaux pédiatriques
de Nice CHU-Lenval**

57 Avenue de la Californie
06200 Nice
04 92 03 03 02

[Voir la fiche](#)



**Institut Universitaire de la
Face et du Cou (IUFC)**

31 Avenue de Voltaire
06300 Nice
04 92 03 17 18

[Voir la fiche](#)



**Institut Claude Pompidou
(ICP)**

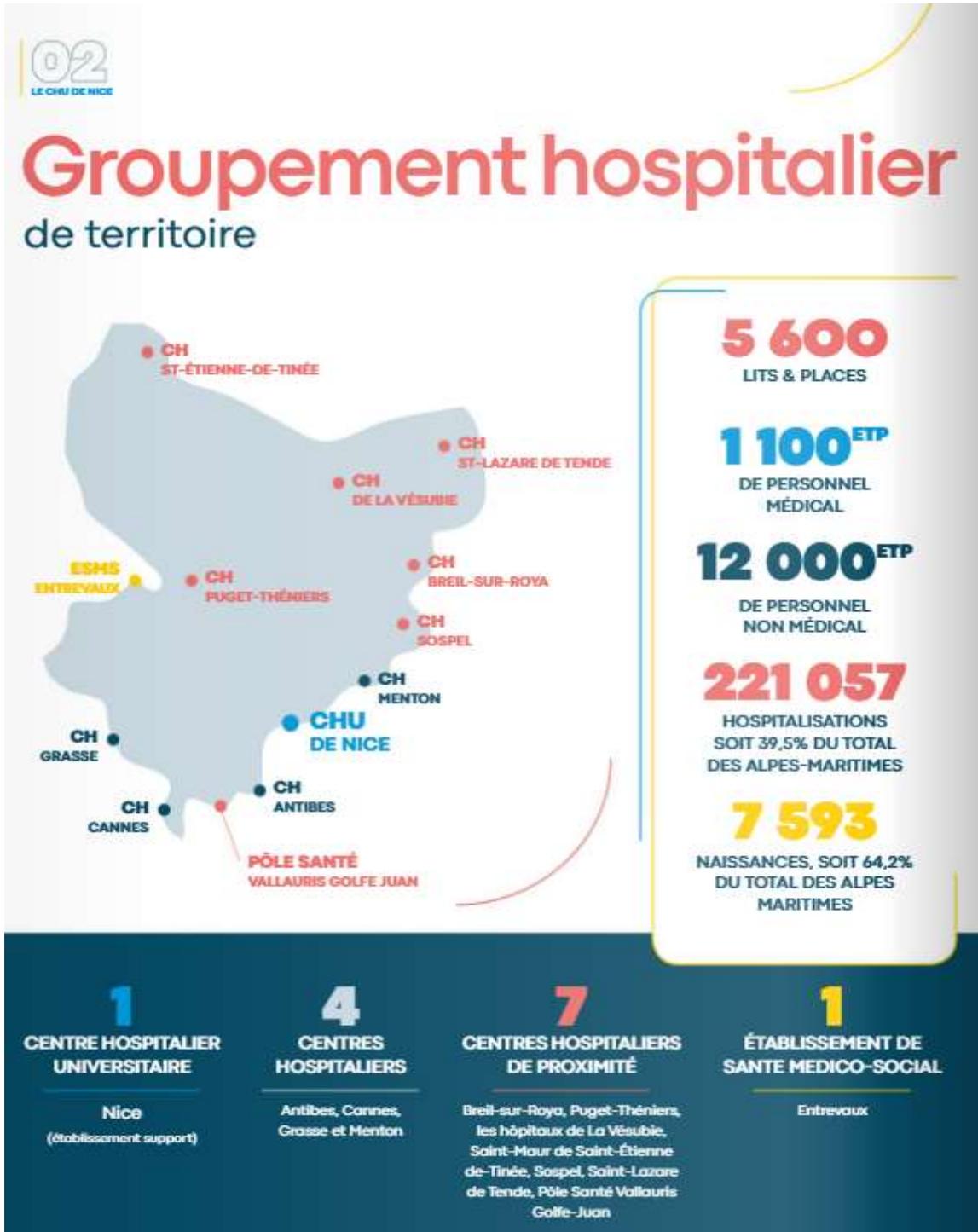
10 Rue Malherbe
06100 Nice
04 92 03 22 22

[Voir la fiche](#)

Annexe 2 Les pôles

POLES	
MT32	Blocs Opératoires
MC19	Anesthésie, Soins Critiques, CHPOT
MC02	D I G E S T I V E Digestif - Urologie-Chirurgie de Transplantation- Endocrinologie-Nutrition
MC04	C. H. I. C. Compétences en Hématologie, Hygiène, Infection, Inflammation et Immunologie Cliniques-Cutanées
MC17	F. M. E. Femme - Mère - Enfant
MC14	I. U. L. S. Institut Universitaire Locomoteur et du Sport
MC07	NSC-R Neurosciences Cliniques et Rhumatologie
MC08	C. V. T. P. N. Cardiologie- Vasculaires-Thorax- Pneumologie-Néphrologie
MC18	URGENCES Médecines d'Urgence - Polyvalente - Proximité - Pénitentiaire - Hyperbarie
MC11	R. A. V. Réhabilitation - Autonomie - Vieillesse
MT21	Pharmacie - Stérilisation
MT24	Odontologie
MT22	Imagerie Médicale - Radiologie
MT23	Biologie - Pathologie
MC20	Santé Mentale et Addictologie, Médecine Légale, Santé Publique, Information Médicale et Santé au Travail
GC02	Institut Universitaire de la Face et du Cou I. U. F. C.

Annexe 3
Le GHT 06



Annexe 4 Guide d'entretien

INTRODUCTION

Dans le cadre de mon Master 2 que j'effectue à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), je dois rédiger un mémoire.

Mon mémoire porte sur les enjeux et les impacts des évolutions réglementaires sur les établissements de santé et j'ai choisi l'exemple de la mise en œuvre de la base de données sociales et du rapport social unique au CHU de Nice.

Afin d'étudier cette question je souhaite réaliser des entretiens avec les personnels directement impactés par la réforme. C'est pourquoi je vous ai sollicité et je vous remercie pour votre réponse positive.

Cet entretien prendra maximum 45 minutes.

Avant de commencer je tiens à vous préciser que cet entretien est strictement confidentiel et sera analysé de façon anonyme.

Par ailleurs dans un souci d'une retranscription fidèle des propos tenus, il est nécessaire que l'échange soit enregistré. Il ne sera accessible à aucune personne et sera détruit après analyse. Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

TALON SOCIOLOGIQUE

- Genre
- Quelle est votre tranche d'âge ?
 - 20/30 ans - 31/45 ans - 46/60 ans - plus de 60 ans
- Quelle est votre profession actuelle ? Depuis combien de temps l'exercez-vous ?
- Quel a été votre parcours avant d'arriver à ce poste ?

CONNAISSANCES ET OPINIONS

- Avez-vous une opinion sur les évolutions réglementaires ?
- Avez-vous connaissance du nouveau décret concernant la mise en place de la base de données sociales et du rapport social unique ?

- Si oui, qu'en pensez-vous ?
 - Si oui, comment avez-vous perçu la mise en place de ce dispositif ?
 - Si non, comment souhaiteriez-vous être informé(e) des évolutions réglementaires ?
- Avez-vous observé des changements depuis (plus ou moins de contraintes, plus ou moins de formalités, plus ou moins de rigueur, amélioration ou non des pratiques...) ?
 - Pensez-vous que ces évolutions sont nécessaires ? Si oui ou non pourquoi ?
 - Selon-vous cela correspond-il à une remise en question des pratiques professionnelles ?

OPINION SUR LE DECRET ET LES INDICATEURS

Le décret et les indicateurs vous paraissent-ils clairs, simples à remplir ?

- Les indicateurs vous paraissent-ils adaptés ?
- Les consignes et définitions sont-elles claires ?
- Avez-vous eu des retours de la part des collaborateurs participant au remplissage ?
- Avez-vous constaté des difficultés pour le remplissage et l'application de la demande ?

Qu'est-ce qui pourrait vous faciliter la mise en œuvre ?

- Les outils actuels vous semblent-ils adaptés ? Si non, de quoi auriez-vous besoin ?
- Souhaiteriez-vous des consignes plus claires ?
- Souhaiteriez-vous un accompagnement ? Si oui, sous quelle forme ?

IMPACT DU DECRET

Quel impact a eu le décret sur votre établissement ?

- A-t-il facilité vos pratiques ?
- Vous a-t-il permis de mobiliser vos équipes ?
- Quel impact a-t-il eu sur votre management ?
- Vous a-t-il contraint en termes de temps ?
- Quels ont été les impacts sur votre charge de travail ?
- Constatez-vous des difficultés de mise en œuvre ? Si oui, lesquelles ?
- Identifiez-vous des avantages à cette évolution réglementaire ? Pour le CHU de Nice ? Pour les autres acteurs (ARS, Ministère, autres CHU...) ?

CONNAISSANCE DES REFORMES EN COURS

- Comment pensez-vous que cette réforme devrait évoluer ?

- Avez-vous connaissance de supports vous permettant de faciliter la démarche ?
- Pensez-vous que la mise en place d'un document commun à l'ensemble des établissements de santé serait pertinente ?

QUESTION OUVERTE

- Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose en lien avec le sujet ?

BORSOTTO	Catherine	03/09/2024
<p align="center">Master Mention Administration de la santé Parcours : ANALYSE et MANAGEMENT des ORGANISATIONS de SANTE (AMOS) 2023/2024</p>		
<p align="center">Enjeux et impacts des évolutions réglementaires pour les établissements de santé : L'exemple de la mise en œuvre de la Base de Données Sociales et du Rapport Social Unique au CHU de Nice</p>		
<p align="center">PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP</p>		
<p align="center">Résumé :</p> <p><i>Les évolutions réglementaires sont nombreuses et en constante augmentation au fil du temps. Force est de constater que ces réformes ne sont pas sans conséquence pour les établissements qui sont contraints sans cesse de s'adapter.</i></p> <p><i>Peu d'études ce sont jusqu'à lors penchées sur ce sujet. Il m'a donc paru intéressant de diligenter une enquête sur les enjeux et les impacts des évolutions réglementaires sur les établissements de santé. J'ai profité de la mission qui m'a été confiée lors de mon stage pour prendre l'exemple de la mise en œuvre de la base de données sociales et du rapport social unique au CHU de Nice.</i></p> <p><i>La méthodologie d'enquête adoptée a été plurielle, composée d'entretiens semi-directifs, d'observations participantes et de recherche documentaire.</i></p> <p><i>Les résultats de l'analyse montrent que les enjeux sont nombreux et les impacts non négligeables. Des pistes peuvent alors être envisagées pour faciliter l'adaptation au changement.</i></p>		
<p align="center">Mots clés :</p> <p>Evolutions réglementaires, Enjeux, Impacts, Base de données sociales, Rapport social unique</p>		
<p align="center"><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></p>		