



Master 2 Management et administration de l'entreprise

**La mise en place d'une GPEC peut-elle favoriser
l'instauration d'une culture commune à l'aube d'un
important projet de regroupement dans un organisme
universitaire du secteur sanitaire et médico-social?**

**Mémoire réalisé par Hugo Dion
sous la direction de Monsieur Yves Châtelet**

Années 2021-2022

Remerciements

Je tiens d'abord à adresser mes sincères remerciements à Monsieur Châtelet pour sa bienveillance et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Merci également à Monsieur Tcheng pour l'opportunité de stage et surtout, pour le généreux partage de son savoir et de son expérience tout au long de mon passage à l'Institut de Réadaptation Universitaire Clémenceau.

Merci à Monsieur Diringier pour son soutien et sa disponibilité au cours des derniers mois.

Enfin, je tiens à remercier ma conjointe, Eva Salacroup, pour sa présence et sa précieuse aide. Sans elle, toute cette superbe aventure en France et à l'EM de Strasbourg n'aurait pu être possible.

Liste des sigles et abréviations

ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de *santé* et médico-sociaux
CSE: Comité social et économique
HAS: Haute Autorité de santé
HC: Hospitalisation complète
HJ: Hospitalisation de jour
HUS: Hôpitaux universitaires de Strasbourg
HU2R: Hôpital Universitaire de réadaptation et rééducation
GPEC: Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
GPMC: Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
ONEMFPH: Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière
IURC: Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau
SSR: Soins de suite et de réadaptation
UF: Unité fonctionnel

Table des matières

Remerciements	2
Liste des sigles et abréviations	3
Table des matières	4
Introduction	6
1- Cadre théorique : Revue de la littérature, définitions et concepts	7
Notion de compétences	7
GPEC	8
GPMC dans le secteur de la santé	11
Enjeux de main d'oeuvre dans le secteur sanitaire et médico-social	14
Développer une culture commune	16
Enquête GPMC et management de proximité	17
Regroupement d'établissements et présentation du travail de recherche	19
2- Cadre empirique et méthodologique	21
Présentation de l'IURC	21
Structure de l'IURC	21
Caractéristiques de l'IURC	22
Etat de la situation RH	22
Réorganisation de l'IURC 2022-2026	23
GPMC 2022 au sein de l'IURC	24
Collecte de données	26
Collecte de données via entretiens	27
Création du guide d'entretien	27
Collecte de données via observation	29
Collecte de données via analyse et lecture de documentations	30
Limites méthodologiques	30
3- Analyse des résultats empiriques	31
GPMC et culture commune	31
Management de proximité et GPMC	33
Expert et gestion du changement	35
Préconisations	39
Conclusion	40
Bibliographie	41

Introduction

Le système de santé public français constitue un des piliers de la solidarité sociale qui caractérise la république française. De l'autre côté de l'océan Atlantique, au Québec, nous avons bâti au cours de notre courte histoire un régime de santé qui considère également la santé comme étant l'une des principales responsabilités de l'état. Personnellement, mon expérience d'aide-soignant pendant quelques années et mon travail en tant que conseiller syndical dans une organisation œuvrant dans le réseau de la santé m'ont permis de constater un certain nombre de défis inhérents à ces institutions. Aujourd'hui, alors que la pénurie de main d'œuvre sévit, que les restrictions budgétaires sont courantes, et que la pandémie continue à mettre au défi la résilience des professionnels et des soignants, la pression est forte pour les directions qui doivent assurer l'adaptabilité des établissements aux enjeux de notre temps.

Dans la conjoncture actuelle une démarche de *gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences* (GPEC) s'avère être un outil intéressant pour relever certains défis des dirigeants. Parfois négligé car il s'agit d'un long processus à mettre en place, nous croyons qu'à terme ces initiatives peuvent avoir des répercussions positives dans de nombreux volets de la gestion des établissements dont notamment l'édification d'une culture commune attrayante. Dans le cadre de cette étude de cas, nous allons explorer la pertinence d'une telle démarche dans le contexte d'une réorganisation administrative au sein de l'*Institut de réadaptation Universitaire Clémenceau* (IURC). De plus nous allons surtout nous concentrer sur l'étape d'identification des ressources actuelles qui est inhérente à toute GPEC.

Dans le premier chapitre de cet essai nous procéderons à une revue de la littérature tout en explorant différents concepts et définitions associés à la GPEC. Cette méthode sera par ailleurs décortiquée selon un angle historique, juridique et sectoriel. Par la suite nous traiterons le cadre empirique ainsi que la méthodologie sous-jacente à cette étude de cas. Pour ce qui est du troisième chapitre, nous analyserons les résultats empiriques en les croisant avec le survol de la littérature. Finalement, nous conclurons avec un court chapitre qui avance différentes recommandations qui s'adressent à la direction de l'IURC.

1- Cadre théorique : Revue de la littérature, définitions et concepts

Notion de compétences

La compétence est fondamentale lorsqu'il est question de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins offerts par le personnel soignant d'un centre de réadaptation. Il s'agit également d'une notion clé lorsqu'on aborde la gestion des ressources humaines et la GPEC dans une entreprise. Pourtant, dans la littérature sur le sujet les définitions sont aussi nombreuses que variées notamment selon le secteur d'activité. D'entrée de jeu il est donc primordial de bien circonscrire la portée de ce concept.

Le terme compétence se serait substitué à la notion de qualification au tournant de l'après seconde guerre mondiale alors que la standardisation des tâches et des procédures étaient dorénavant la norme. La nuance importante à retenir entre ces deux termes est que, contrairement à qualification, la compétence tient compte du savoir-faire qui peut être acquis par l'expérience.

Le dictionnaire le Petit Robert définit ainsi le terme compétence : "une connaissance approfondie, habileté reconnue qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières"¹. Cette définition réfère à deux aspects implicite et complémentaires de la compétence qu'on retrouve dans de nombreux ouvrages de ressources humaines et de management. En effet, il y aurait deux distinctions à relever au terme compétence alors qu'il peut être question "d'être compétent" ou encore "d'avoir des compétences". Selon la définition de Boterf, expert de l'approche par les compétences, être compétent c'est savoir agir en situation, tandis qu'avoir des compétences sous-entend bien souvent une diplôme.²

Toujours selon Boterf, une autre vision de la compétence consiste à l'aborder en tant que savoir combinatoire. Cette combinaison serait composée du savoir-faire que nous pouvons définir

¹ Dictionnaire le petit robert en ligne

²BOTERF, *Compétence et navigation professionnelle*

comme étant la connaissance des moyens qui permettent l'accomplissement d'une tâche. D'autre part, il y a également le savoir qui est l'ensemble des connaissances acquises par apprentissage ou l'expérience. Finalement, le savoir-être constitue la capacité pour un individu à agir et réagir d'une façon adaptée et cohérente à son environnement humain et écologique.³

Dans le cadre de ce mémoire nous privilégierons la définition proposée par la *Haute autorité de santé* (HAS) en France dans son rapport d'étude s'intitulant *évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé* :

“La « compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir à priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité ”⁴

Maintenant que la notion de compétence est définie, nous aborderons dans la prochaine section la manière dont s'insère ce concept phare dans la mise en place des différentes étapes d'une GPEC.

GPEC

La littérature regorge d'une pléthore de définitions lorsqu'il est question de définir et de circonscrire la portée d'une GPEC. La définition sommaire de Godet, tirée de son manuel de prospective et de stratégie, résume ce qu'est une GPEC de façon synthétique et brève : « un regard sur les avenir possibles destiné à éclairer l'action présente ».⁵ Toutefois, aux fins de ce mémoire nous retiendrons plutôt la définition tirée du recueil phare de Thierry et Sauret, qui se démarque par son libellé clair et plus étoffé :

- ” La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, est la conception, la mise en oeuvre et le suivi de politiques et plans d'action cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts:

³ Université de Rennes, Fiche ressource - Savoir / Savoir-faire / Savoir-être/
Compétences

⁴HAS, *Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé*

⁵ GODET, *De l'anticipation à l'action*

- Entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise (en termes d'effectifs et de compétences), en fonction de son plan stratégique ou d'objectifs à moyen terme bien identifiés.
- Et en impliquant chaque salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle."⁶

Les GPEC n'ont pas toujours été un volet important de la fonction ressources humaines en entreprise. En effet, selon Peretti, professeur et chercheur français en ressources humaines, nous devons remonter jusqu'au milieu du 19ème siècle afin de retracer les premières pratiques de gestions qui peuvent être assimilables aux GPEC telles que nous les connaissons aujourd'hui. A cette époque, la fonction ressources humaines était pratiquement inexistante en entreprise et il était plutôt question d'administration de la main d'œuvre. Les premiers efforts des entreprises concernant la gestion et la planification de la main-d'œuvre se situaient dans le secteur des industries. Cette nouvelle approche se justifiait par d'important défis de croissance et des besoins de main d'oeuvre pour soutenir la hausse de la demande⁷.

Depuis près d'une quarantaine d'années en France, la mise en place des GPEC est devenue une pratique courante alors qu'un nombre croissant d'entreprise entame désormais ce genre de démarche. Ces méthodes sont encadrées légalement depuis le 18 janvier 2005, alors que la *Loi de Programmation pour la Cohésion Sociale*, communément appelé Loi Borloo, était sanctionnée à l'Elysée. Depuis cette date, les entreprises ayant plus de 300 employés ont une obligation triennale de mettre en place une GPEC et d'en négocier plusieurs aspects via le CSE d'entreprise.⁸ Finalement, en 2008 la signature d'un important accord interprofessionnel est venu donner un éclairage quant aux raisons d'être d'une GPEC en entreprise :

“Anticiper les évolutions prévisibles des emplois et des métiers, des compétences et des qualifications, liées aux mutations économiques, démographiques et technologiques prévisibles, au regard des stratégies des entreprises, pour permettre à celles-ci de renforcer leur dynamisme et leur compétitivité”.⁹

⁶ THIERRY, *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*

⁷ PERETTI, *Ressources Humaines et gestion des personnes*

⁸ HOSDAIN, *Réussir une GPEC d'entreprise en 9 étapes*

⁹ Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion,
Accord nationaux interprofessionnel

Outre l'encadrement législatif et réglementaire, il est important de garder en perspective que les facteurs justifiant la mise en place d'une GPEC en entreprise sont multiples. Nous pouvons les catégoriser d'externe ou d'interne. Dans les facteurs externes il peut y avoir une évolution de la technologie ou encore des changements sur le marché avec l'arrivée de nouveaux concurrents. Pour ce qui est du contexte interne, des fusions, des acquisitions ou encore des réorganisations peuvent motiver les hautes directions d'entreprises à établir ou mettre à jour la GPEC en place.¹⁰

La GPEC étant un concept encore relativement nouveau, il existe toujours un flottement quant à la dénomination de ces pratiques de ressources humaines. Au fil du temps il est possible de recenser de nombreuses appellations : gestion prévisionnelle des effectifs, gestion prévisionnelle du personnel, gestion des emplois et parcours professionnels, *gestion prévisionnelle des métiers et des compétences* (GPMC), etc. Cette dernière dénomination est celle qui est le plus souvent utilisée lorsqu'il est question d'effectuer une telle démarche au sein d'une institution médico-social ou sanitaire. C'est donc cette dernière qui sera retenue tout au long de ce mémoire.

Selon la thèse de Mouillac sur le sujet des GPMC, il est avantageux de parler de métier car ce terme permet de rassembler différentes spécialités d'un même corps d'emploi. Ainsi, retenons qu'aux fins de ce mémoire le métier constitue un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique.¹¹ A titre d'exemple, les différentes spécialisations de soins infirmiers (bloc opératoire, puéricultrice, etc.) que nous retrouvons dans les structures de soins font tous partie du même corps de métier d'infirmières.¹²

Lorsqu'il est question de la mise en place d'une GPMC, plusieurs démarches à propensions variables sont proposées dans la littérature. Parfois les auteurs peuvent identifier jusqu'à neuf étapes distinctes tel que c'est le cas dans le guide pratique de Hosdain qui est paru en 2020.

¹⁰ HOSDAIN, *Réussir une GPEC d'entreprise en 9 étapes*

¹¹ MOUILLAC-DELAGE, *Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences*

¹² MOUILLAC-DELAGE, *Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences*

Toutefois, peu importe la complexité de l'approche méthodologique élaboré par les chercheurs, il est selon nous habituellement possible de synthétiser la démarche d'une GPMC en quatre grandes étapes phares¹³ :

- Phase 1 : Identification des ressources actuelles et définition des besoins actuels ;
- Phase 2 : Projection des ressources actuelles et définition des besoins futurs ;
- Phase 3 : Comparaison des ressources projetées et des besoins futurs ;
- Phase 4 : Recherche d'adéquation des ressources projetées aux besoins futurs par l'élaboration d'un plan d'actions.

Malgré que ces quatre grandes étapes s'appliquent également au secteur public de la santé, lorsqu'on décortique les GPMC en différentes étapes, on constate rapidement que ce secteur d'activité relève d'un univers et d'une idiosyncrasie tout à fait singulière en comparaison aux entreprises qui relève de la logique de marché. De ce fait, une analyse plus fine des théories concernant les GPMC au sein d'institutions publiques et parapublics de soins est de mise afin d'étudier de façon plus approfondie les différentes pratiques et façon de faire associées à ces quatre grandes étapes.

GPMC dans le secteur de la santé

Il est possible de recenser un nombre croissant de doctrines et travaux universitaires quant aux ressources humaines dans le secteur de la santé au cours des vingt dernières années. La circulaire du ministre Michel Rocard en 1989, intitulée *le renouveau du service public*, peut être considérée comme instigateur de cet intérêt nouveau au sein de la fonction publique. Cette publication prône la transition vers une gestion plus centrée sur les métiers et les compétences.¹⁴ Notons que la prise de conscience des importants défis de main d'œuvre s'est également accrue suite à la création de l'*Observatoire national des emplois et des métiers de*

¹³ MALLET, *Gestion prévisionnelle de l'emploi*

¹⁴ Légis France, Circulaire du 23 février 1989 Relative au renouveau du service public

*la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) en 2001. Relevons également la mise en place du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière en 2004 comme événement marquant, puisqu'il permet désormais au public la consultation de fiches métiers des principaux titres d'emplois. La circulaire de 2007 qui s'intitule Circulaire relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé est quant à elle venue identifier deux niveaux d'intervention qui sont péremptoire préalablement la mise en place d'une GPMC. Essentiellement le premier niveau vise à identifier les effectifs par métiers dans l'établissement. Le deuxième niveau consiste quant à lui à la mise en place d'une gestion quotidienne des métiers et des compétences dans l'établissement.*¹⁵

Parallèlement avec la hausse du nombre de règlements nationaux balisant les pratiques de GPMC en institution de santé, nous avons constaté l'émergence de nombreuses recherches dans ce secteur au cours des deux dernières décennies. Bien que plusieurs publications abordent la gestion prévisionnelle de la main d'œuvre sous l'angle de la territorialité¹⁶, un constat général semble se dégager de plusieurs de ces écrits. La GPEC traditionnel semble démontrer des limites lorsqu'on la transpose dans les milieux de santé¹⁷. En effet, les nombreuses particularités de ces milieux de travail ont permis à certains auteurs d'identifier des points de vigilances à considérer. Noguero et Lartigau constatent que les cadres surchargés par les activités du quotidiens, les moyens financiers très limités et l'absence d'indicateur compliquent la mise en place d'une GPMC pérenne¹⁸. Une publication de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui consiste en une dizaine de synthèses d'expérience de GPMC met en garde notamment quant à la lourdeur du processus administratif, le temps pour effectuer un tel projet et surtout, des défis en lien avec la coordination du processus au sein des organisations de grandes tailles.

¹⁵Bureau de la formation et de l'exercice des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, Circulaire DHOS/P1 no 2007

¹⁶ Rivière et al, *Mécanismes de construction et d'appropriation d'un dispositif de GPEC élargie au territoire (GPEC-T) dans le secteur sanitaire et médico-social : une étude de cas exploratoire en Languedoc-Roussillon*

¹⁷ GILBERT, P., PARLIER, M., *La gestion prévisionnelle des ressources humaines : fondements, bilan et mise en place*

¹⁸ CAPPELLETTI, L., LARTIGAU, J., NOGUERA, F. *Contribution au pilotage de la masse salariale par la fonction RH dans les établissements publics de santé : premiers résultats d'une recherche collaborative*

De nombreuses études de cas ont répertorié des bénéfices à la mise en place d'une GPMC dans une institution de santé. Selon l'influente, et très documentée GPMC qui a été menée à Béziers de 2007 à 2010, et dont les enseignements ont été repris notamment par l'ANAP, il y aurait une panoplie d'avantages à mettre en place une telle démarche. Nous pouvons classer ces bénéfices en trois grandes familles: ceux valorisant une gestion plus stratégique et participative, ceux qui permettent une meilleure adaptation aux changements, et ceux qui permettent de s'adapter à un contexte hospitalier en pleine mouvance.

1- Valoriser une gestion plus stratégique et participative	2- S'adapter aux changements:	3- S'adapter à un contexte hospitalier qui est en pleine transformation
<ul style="list-style-type: none"> - c'est s'adapter aux nouveaux enjeux de la professionnalisation - c'est objectiver les compétences - c'est améliorer les procédures d'évaluation des personnels c'est savoir où on va, c'est gérer les écarts - c'est anticiper l'avenir, penser stratégiquement les RH 	<ul style="list-style-type: none"> - Les nouvelles prises en charge des patients et vieillissement des usagers - La professionnalisation plus poussée des métiers de l'hôpital - La prise en compte de la pyramide des âges de certains métiers - Les départs en retraite et la pénurie de certains personnels - Les agents qui ont des attentes nouvelles en terme de formation et de mobilité : demande de gestion plus individualisée et personnalisée 	<ul style="list-style-type: none"> - L'impact des réformes hospitalières en cours et à venir - Les normes réglementaires qui s'imposent à l'hôpital public - L'optimisation du budget et les contraintes financières - L'évolution de la démographie - L'évolution de l'exigence des usagers - Les tensions fortes sur certains métiers : difficultés de recrutement, turn-over - Les évolutions techniques et technologiques...

La conclusion de la démarche d'envergure entreprise dans cette ville du sud de la France est à l'effet que les outils GPMC permettent de créer une nouvelle dynamique de ressources humaines au niveau de nombreux acteurs de l'entreprise. Concrètement les apports sont les suivants:

- Connaître la réalité des effectifs par métier
- Elaborer des tableaux de bord et statistiques
- Identifier des besoins de recrutement
- Anticiper les mouvements de personnels
- Repérer des passerelles entre métiers proches
- Objectiver les procédures d'évaluation
- Déterminer des parcours qualifiants¹⁹

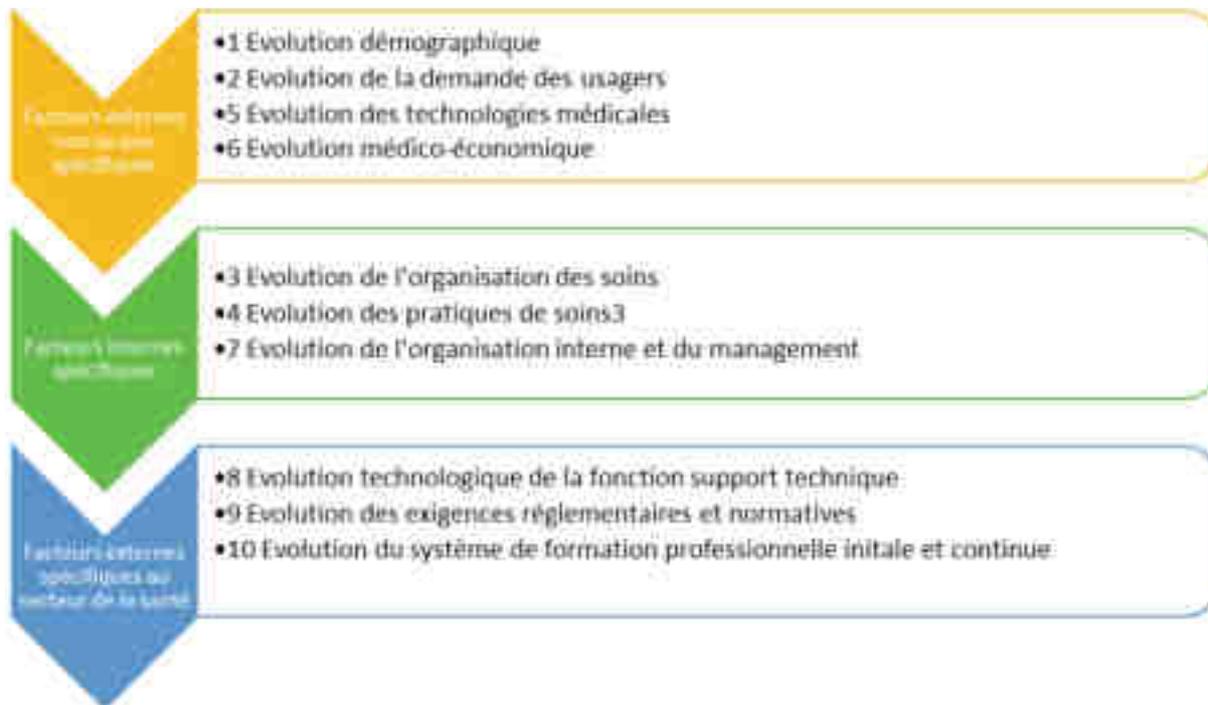
Des nombreux attraits identifiés lors de la mise en place d'une GPMC, plusieurs touchent des enjeux centraux des services de ressources humaines tels que l'attraction et la rétention de la main d'oeuvre. Dans le contexte de la pandémie mondiale qui sévit depuis plus de deux ans, quels sont les principaux défis quant à la gestion des effectifs de 1.4 millions de travailleurs de la santé en France?

Enjeux de main d'oeuvre dans le secteur sanitaire et médico-social

De nombreux écrits et recherches sur le secteur de la santé convergent quant au besoin criant de main d'oeuvre. Malheureusement, cette pénurie aiguë persiste depuis de nombreuses années et osons avancer que la récente pandémie mondiale ne relèvera pas l'attractivité de ce secteur à bout de souffle. En plus des criants besoins d'effectifs actuels qui amènent des défis et perturbations quotidiennes dans de nombreuses unités de soins, d'importants enjeux se posent pour le futur. Bien que l'évolution démographique soit le principal indicateur prévisionnel à considérer, plusieurs autres éléments doivent être pris en compte quand vient le temps d'anticiper et de se préparer à l'avenir. Noguera et Lartigau ont recensé les dix enjeux impactant

¹⁹ Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur le territoire - Secteur médico-social - Retour d'expériences

les métiers de la fonction publique hospitalière. Ces points de vigilance sont numérotés selon leurs ordre d'importance et ils sont classés selon les trois facteurs suivants: les facteurs externes non ou peu spécifiques au secteur de la santé, les facteurs internes et spécifiques au secteur de la santé, ou encore les facteurs externes spécifiques au secteur de la santé.



Il est intéressant de constater que l'édification d'une GPMC peut permettre de s'attaquer directement à plusieurs des dix enjeux relevés par Noguera et Lartiguau. Par exemple, lorsque dans le cadre d'une GPMC on identifie les tâches et compétences des employés, nous développons en quelque sorte un outil qui permet de réfléchir sur l'évolution de l'organisation des soins (3), sur l'évolution des pratiques de soins (4), et quant à l'évolution de l'organisation interne et du management (7). Également, le recensement des différentes tâches et fonctions peut permettre de cibler les besoins de formations initiale et continue (10) et de se questionner quant à l'adéquation entre les actes des soignants et l'évolution des exigences réglementaires et normatives (9). Pour l'IURC qui fait office d'établissement étudié dans ce mémoire, des enjeux de réorganisation s'ajoutent à ceux de la conjoncture des établissements de santé. Dans la section suivante nous explorerons le concept de culture commune qui s'avère névralgique dans le contexte de l'établissement de réadaptation du Haut-Rhin.

Développer une culture commune

Bien que le sujet de la culture commune n'ait pas été abordé aussi abondamment que la GPMC dans la littérature, nous avons tout de même recensé quelques travaux dignes d'intérêts quant aux caractéristiques et différentes formes que puisse prendre la culture en contexte d'entreprise. Toutefois, il importe de débiter en définissant le terme culture selon la perspective sociologique du célèbre sociologue Guy Rocher :

” la culture recouvre l'ensemble des manières de penser, de sentir et de faire qui constituent l'environnement symbolique dans lequel baignent et se meuvent les membres d'une communauté humaine. La culture est de l'ordre des valeurs, des représentations, des perceptions, dans ce que celles-ci ont de collectif, c'est-à-dire dans la mesure où elles sont partagées par les membres d'une société”.²⁰

D'emblée, on constate que cette définition de culture peut facilement s'appliquer au sein d'une entreprise. Nos recherches sur le sujet nous ont appris que d'une façon similaire à la GPMC, la notion de culture d'entreprise a émergé lors d'une prise de conscience managériale de l'importance des ressources humaines. Ainsi, c'est lorsque les dirigeants ont été contraints de dépasser la conception tayloriste du travail qu'a été introduit le concept de culture dans les milieux de travail.

Des idées clés qui se dégagent des écrits sur le sujet, retenons le fait que toutes les entreprises ont une culture et qu'elles ne peuvent y faire abstraction. En effet, les références de la culture d'entreprise se construisent tout au long de l'histoire des organisations. Nous pouvons décortiquer cet univers selon les composantes suivantes : valeur, symboles, tradition, rituel et routines.²¹ Le manuel de gestion en santé, *Manager un établissement de santé, modes d'organisation-Pratiques de management*, qui a été publié en 2021 présente la valeur comme un tout qui forme la philosophie de l'établissement, ses préférences.²² Il est également important de retenir que les valeurs de l'organisation ne doivent pas être imposées aux

²⁰ ROCHER, *Introduction à la sociologie générale*

²¹ COZE, *La culture d'entreprise*

²² BENOIT, *Manager un établissement de santé Modes d'organisation - Pratiques de management*

employés sans concertation. Elles doivent au contraire être bâties collectivement car elles constituent un ensemble de références propres à l'entreprise. Pour ce qui est des symboles de l'entreprise il peut s'agir de logo, d'uniformes professionnels, du vocabulaire utilisé pour identifier certains matériaux spécifiques, etc. Lorsqu'il est question des traditions, il faut s'attarder à l'histoire et à l'évolution de l'entreprise au fil des années pour les repérer. Les rituels ou routines quant à eux définissent les façons de faire des membres de l'établissement.

Bien que nous ayons vu plusieurs caractéristiques fondatrices de la culture d'entreprise, il faut garder en perspective que la culture c'est aussi ce qui empêche l'organisation de réagir aux changements. En effet, dans les organisations en santé et services sociaux de nombreuses routines standardisées, communément appelées routines défensives, peuvent constituer des sources d'inerties au changement.²³ Pour faire face à ces différentes formes de résistance au changement qui peuvent survenir lors de restructurations administratives ou simplement lors de la mise en place d'une GPMC, les ressources humaines ne peuvent agir seul. Ainsi, dans la section suivante nous survolerons le rôle que peuvent être appelés à jouer les cadres de santé dans ces situations.

Enquête GPMC et management de proximité

Lorsque vient le temps de procéder à une GPMC plusieurs intervenants sont appelés à participer de près ou de loin à cette démarche mobilisante. Plusieurs auteurs ont insisté sur l'importance de ne pas sous-estimer la grande mobilisation de ressources humaines et le temps nécessaire pour accomplir une telle démarche. L'idée à l'effet que le projet doit être chapeauté ou suivi de près par le comité de direction est également repris dans de nombreux écrits. Toutefois, nous avons trouvé peu de réflexions sur les meilleures façons de mener une enquête quant aux tâches et compétences des travailleurs sur le terrain. Est-il préférable que ce travail soit confié à un chargé de projet du département des ressources humaines ou peut-il simplement être confié à un stagiaire en ressources humaines? Est-ce que la contribution de la direction des soins infirmiers est importante ou encore cette démarche peut-elle relever uniquement du service des ressources humaines? Également, nous avons recueilli très peu de littérature s'intéressant à la

²³ BENOIT, *Manager un établissement de santé Modes d'organisation - Pratiques de management*

posture qui doit être prise par l'agent responsable d'aller à la rencontre des travailleurs. Est-ce un travail uniquement d'observation des tâches des salariés ou encore doit-il s'agir d'un travail de collaboration avec ces derniers? Faut-il rencontrer les travailleurs individuellement ou encore vaut-il mieux les rencontrer en groupe lors de séances collectives de travail pour l'ensemble des travailleurs issu d'une même *unité fonctionnelle* (UF)? Ces questions seront abordées dans le troisième chapitre de ce mémoire.

Selon Dietrich, professeur de gestion des compétences, le manager de proximité est un maillon encadrant directement les agents de production de biens et services. De plus, ce dernier ne se définit pas par son statut mais par sa position intermédiaire entre la hiérarchie et les exécutants.²⁴ Certaines manager de proximité peuvent développer un style de gestion qu'on nomme management de proximité. Il s'agit d'un style de management tourné vers l'échange, l'écoute et la participation. Il implique ainsi des méthodes qui visent à être plus proches de ses travailleurs et respectueux de leur bien-être.²⁵ Pour que le manager de proximité, communément appelé cadre de santé ou encore N+1 à l'IURC, atteigne une plus grande proximité avec les employés, il importe de s'intéresser à la typologie du leadership.

C'est au début des années 1970 qu'un nouveau modèle novateur de leadership a été développé par les experts de management américain, Paul Hersey et Ken Blanchard. Le modèle Hersey Blanchard du leadership situationnel repose sur le postulat que les managers doivent puiser dans diverses formes de leadership dans le cadre de leurs activités. Voici les quatre types de leadership ainsi qu'une courte définition leur étant associé:

²⁴ DIETRICH, *Management des compétences*

²⁵ Hello word, *Management de proximité de quoi parle-t-on?*

le mode **directif** qui vise l'efficacité des agents. Sa fonction est centrée sur la structuration et l'organisation

le mode **déléгатif** qui vise l'autonomie, la prise d'initiative et le développement des compétences

le mode **participatif** qui mobilise et implique les personnels (échange, négociation)

le mode **persuasif** basé sur l'adhésion et la force de conviction

26

Nous verrons le rapport entre ces types de leadership et le cadre empirique lors de la mise en place d'une GPMC dans le cadre du troisième chapitre.

Regroupement d'établissements et présentation du travail de recherche

Le survol de la littérature a mis jusqu'à présent en lumière plusieurs notions clés de la GPMC. Or, en contexte de réorganisation administrative importante, des préoccupations supplémentaires se posent quant au capital humain. Plusieurs auteurs se sont intéressés aux défis que peuvent engendrer les fusions administratives que le dictionnaire juridique définit comme étant une "opération de fusion-scission qui entraîne la dissolution sans liquidation de la société absorbée et la transmission universelle de son patrimoine à la société absorbante"²⁷. Or, dans le cadre de ce mémoire il est plutôt question d'une fusion d'établissements faisant déjà partie de la même structure administrative. Par conséquent, et afin d'éviter toute confusion, la réorganisation dont il est question sera plutôt nommée regroupement ou encore unification.

²⁶ GAUNAND, Les styles de leadership selon Hersey et Blanchard

²⁷ Dictionnaire juridique

Selon Goujon Belghit et al, plus souvent qu'autrement les travaux scientifiques s'intéressent davantage aux regroupements organisationnelles de la sphère privé du marché du travail et ce dans un angle juridique, financier ou stratégique.²⁸ Or, les enjeux dans la sphère publique sont également nombreux lorsqu'il est question de projets de développement organisationnels d'envergure notamment car le changement amène toujours une part d'incertitude et d'ambiguïté qui peut venir nuire à la création d'une culture commune.²⁹ Si quelques études de cas traitent de l'importance du capital humain dans la gestion stratégique du changement en entreprise, peu d'auteur se sont attardé directement aux bénéfices de la GPMC en contexte d'importants changements organisationnels. De plus, les travaux qui abordent des questions périphériques à la nôtre se trouvent souvent dans la sphère publique ou encore exclusivement dans le secteur médico-social. Ainsi, puisque le secteur sanitaire est plus rarement visé par de telles études, notre question de recherche a une perspective originale à apporter à la littérature existante. **La mise en place d'une GPEC peut-elle favoriser l'instauration d'une culture commune à l'aube d'un important projet de regroupement dans un organisme universitaire du secteur sanitaire et médico-social?** C'est la question à laquelle le présent mémoire tentera de répondre. La proposition que nous avançons est que la mise en place d'une GPMC peut favoriser l'instauration d'une culture commune notamment grâce au rapprochement entre la direction et les employés que peut provoquer ce type de démarche.

Cette étude de cas se place également comme dans une suite logique de certaines pistes inexplorées qui ont été lancées dans la publication de Goujon Belghit et Al. En effet, dans cette publication les auteurs concluaient sur la pertinence d'analyser différentes approches d'opérationnalisation du management par le capital humain dans des contextes de réorganisation différentes. C'est ainsi que dans le cadre de ce mémoire nous explorerons les avantages et inconvénients de l'élaboration d'une GPMC dans le contexte de la recherche d'une culture commune à l'aube d'importants changements organisationnels.

²⁸ GOUJON BELGHIT, *Le management du capital humain dans le cadre d'une approche de développement organisationnel : étude de cas dans le secteur médico-social*

²⁹ AMIOT, C.E., *A longitudinal investigation of coping processes during a merger: Implications for job satisfaction and organizational identification*

2- Cadre empirique et méthodologique

Présentation de l'IURC

Aux dires du Ministère des solidarités et de la santé, le secteur *Soins de Suite et de réadaptation* (SSR) serait à une étape charnière de son évolution alors que le besoin de se moderniser, d'investir, d'innover, et de professionnaliser ses filières se feraient sentir de toute part en France. Il y a 1700 structures de SSR en France et le nombre de clients qui transitent par les SSR est croissant depuis de nombreuses années. Toutes activités confondues, en moyenne les patients restent en hospitalisation durant une durée de 35 jours. A l'échelle nationale, les centres de réadaptation ont en moyenne 69 lits alors que l'IURC en dénombre 343. L'IURC est affilié à l'UGECAM au niveau national ainsi qu'à l'UGECAM Alsace au niveau régional.³⁰

Le groupe UGECAM est un organisme privé à but non lucratif qui œuvre dans le secteur public des soins de santé. Il fait partie du groupe de l'Assurance maladie et il compte 161 établissements et services médico-sociaux et 82 établissements sanitaires sur le territoire français.³¹ A une plus petite échelle, l'UGECAM Alsace est un réseau d'établissements répartis sur le Bas-Rhin et le Haut-Rhin en Alsace. Le groupe UGECAM Alsace représente environ le tiers de l'offre de soins de réadaptation de la région. Fait à noter, l'IURC est le plus grand centre des 16 établissements de santé médico-sociaux sur le territoire Alsacien.

Structure de l'IURC

L'Institut universitaire de réadaptation Clémenceau est certes un établissement de type SSR dans le secteur sanitaire mais il dispense également des soins qui relèvent du cadre médico-social. Ce type de soins est offert au sein d'une unité d'insertion professionnelle par les membres de l'équipe Comète. Les soins dispensés aux patients de l'IURC se trouvent en aval de ceux des établissements de santé de court séjour, principalement les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS). Depuis 2008 les activités SSR regroupent deux types traditionnels de

³⁰ Ministère de la santé et de la prévention, Prises en charge spécialisées SSR,

³¹ Groupe Ugecam, Historique, 2013

prise en charge, la convalescence ainsi que la médecine physique de réadaptation.³² Les services aux patients se donnent sur trois sites différents qui sont situés à Strasbourg, à Illkirch, ainsi qu'à Schirmeck. L'ensemble de ces sites sont localisés sur le département du Bas-Rhin en Alsace. Les soins aux patients sont offerts en vertu d'une structure qui se divise en cinq principales filières médicales: neurologique, locomoteur, cardiologie-pneumologie, enfant-adolescents et activités physiques et médecine du sport.³³

Caractéristiques de l'IURC

L'IURC est le plus grand établissement de réadaptation de type universitaire en France. De plus, étant partenaire de l'institut de la Faculté de médecine de Strasbourg, l'IURC constitue un lieu de formation important pour une foule de futurs soignants. La majorité de la clientèle est accueillie en *hospitalisation complète* (HC) ou encore en *hospitalisation de jour* (HJ). L'IURC se démarque notamment dans son offre de soins spécialisés qui en fait un pôle de soins majeur de l'Est de la France. En effet, des appareils à la fine pointe de la technologie tels qu'un Exosquelette et un *arméo power* sont disponibles pour les soins à la clientèle ayant des besoins particuliers en matière de réadaptation. Ces appareils contribuent à faire en sorte que la renommée de l'IURC s'étende au-delà des Vosges. Également, la réputation de l'IURC se serait bâtie il y a plusieurs années alors que l'innovation consistant à implanter des vis d'interférence au niveau du genou aurait été créé par des médecins de cet institut de réadaptation alsacien.

Etat de la situation RH

Tel que nous l'avons vu dans le cadre du survol de la littérature, selon la HAS la première étape d'importance dans le cadre d'une GPMC consiste à identifier les titres d'emplois et les effectifs de l'établissement visé. Ainsi, il y avait au début de l'année 2022 un total de 545 employés travaillant au sein de l'IURC. La moyenne d'âge était de 42 ans et en moyenne les salariés avaient 11 ans d'ancienneté. Les titres d'emplois les plus représentés au sein du centre de

³² ROSSINI et al, *Le cas de l'ugecam alsace, quelles leçons organisationnelles et managériales de l'offre de soins en SSR?*

³³ Ugecam Alace, IURC

réadaptation sont les aides soignants ainsi que les infirmières avec 92 salariés respectivement. Les secteurs d'emploi où les compétences des infirmières sont les plus pointus sont les cinq filières de santé dans lesquelles nous retrouvons les neuf expertises SSR suivantes:³⁴

Champ d'expertises IURC
Mention “ polyvalent ”
Mention “ gériatrie ”
Mention “ locomoteur ”
Mention “ système nerveux ”
Mention “ cardio-vasculaire ”
Mention “ pneumologie ”
Mention “ système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ”
Mention “ conduites addictives ”
Modalité “ pédiatrie ”
« a) Mention “ enfants et adolescents ” ;
« b) Mention “ jeunes enfants, enfants et adolescents ”

Réorganisation de l'IURC 2022-2026

Suite à la nomination du nouveau Directeur de l'IURC en septembre 2021, Monsieur Cédric Tcheng, une importante décision a été annoncée au personnel de l'IURC à la fin du mois d'octobre. Une unification des sites de Strasbourg et de Illkirch se ferait progressivement au cours des prochaines années jusqu'à ce qu'ultimement le site de Strasbourg soit vendu. Cette importante décision a été prise sur la base de deux constats importants quant au site localisé à Strasbourg. Premièrement, l'impossibilité architecturale de séparer l'hôpital de jour et les services d'hospitalisation complète a amené la HAS à attribuer la note A pour la dernière fois

³⁴ Legis France, SSR

à ce site en 2020. Deuxièmement, la situation géographique (absence de stationnement, zone à faible émission dans Strasbourg, etc.) a également pesé dans lors de la prise de cette décision. Fait d'importance à noter, il a été décidé de procéder au déménagement vers le monosite de façon progressive afin de ne pas cesser le flux de prise en charge de patient.

Le projet constituera à terme un complexe de plus de 400 lits, avec plus de 4000 mètres carrés d'espace dédiés aux plateaux techniques. A l'agenda il y a également l'inauguration d'un nouveau plateau technique spécialisé, un laboratoire d'analyse de la marche, qui devrait être déployé en 2022 sur le site d'Illkirch. Finalement, il a été décidé de nommer le nouvel établissement HU2R, soit, **H**ôpital, **U**niversitaire, **R**éadaptation, **R**ééducation.

Un autre point essentiel et sous-jacent au projet d'unification des sites est la nouvelle réglementation qui structure des reconnaissances d'expertises. Ainsi, suite à l'adoption le 11 janvier 2022 du *décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation*, le futur HU2R pourra prétendre à offrir les neuf expertises précédemment identifiés.

Les sites de Starsbourg et d'Illkirch ont chacun une histoire qui leur est propre. Historiquement, ces sites n'ont pas toujours été unis au sein de l'IURC et on retrouve donc une culture d'entreprise différente dans chacun des établissements. Jusqu'à aujourd'hui il y avait peu de mobilité du personnel entre les deux sites de soins. En somme, le projet d'unification consiste donc à terme à joindre sur le même site et au sein de nouvelles équipes des salariés ayant pour la plupart toujours travaillé en silo, dans des établissements ayant leur propre structure. Dans ce contexte, la mise en place d'une GPMC s'avère une démarche importante afin de cerner les particularités de toutes les filières de santé et plateaux techniques ainsi que les expertises qu'on retrouve au sein des différents métiers.

GPMC 2022 au sein de l'IURC

La GPMC mise en place lors de notre passage à l'IURC revêt d'un caractère particulier et original à plusieurs égards. Tout d'abord, elle se concentre principalement sur la première phase selon le modèle de Housdain, et donc sur l'Identification des ressources actuelles de

l'entreprise. Ainsi, c'est sous la forme de fiches d'expertises que l'établissement a comme principal objectif de répertorier les tâches spécifiques qui sont réalisées par les professionnels des titres d'emplois suivant : infirmière, aide soignant, agent de service de soins, agent de service hospitalier, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, éducateur sportif, orthophoniste, diététicien, neuropsychologue, psychologue. Il s'agit des principaux titres d'emplois des filières de santé et des plateaux techniques de l'IURC.

Plusieurs étapes ont été nécessaires à la construction des fiches d'expertises. Tout d'abord au cours de l'automne 2021 l'encadrement soignant ainsi que plusieurs équipes professionnelles et soignantes ont été sollicités afin d'identifier les tâches spécifiques à leur filière et plateau technique respectif. Subsidiatement, des questions ayant trait au matériel technique utilisé, aux logiciels, et sur les habilitations préalables à l'exercice des missions ont été posées aux soignants et aux professionnels. Au cours de l'hiver et du printemps 2022, la conception des fiches d'expertises a été réalisée et nous avons procédé à la mise en commun et à l'évaluation de l'ensemble des tâches répertoriées. Également, la coordination des soins ainsi que de nombreux professionnels et cadres de santé ont de nouveau contribué alors que des entretiens individuels se sont tenus avec des représentants de tous les titres d'emploi de chacune des filières et plateaux techniques de l'IURC.

Concernant la conception des fiches d'expertises (voir annexe 1), en introduction de chaque recueil se trouve une cartographie servant à identifier dans quels secteurs de l'IURC se trouvent les salariés du titre d'emploi visé. Les cinq missions principales du titre d'emplois sont également énumérées tout comme un court libellé représentant le sommaire des attributions. Pour les titres d'emplois œuvrant principalement au sein des filières de santé en HC, tels que les infirmières et les aides soignants, nous élaborons des fiches d'expertises structurées par filière, tout en précisant dans quelles UF se font les tâches. Un court libellé se trouve aussi en introduction de chacune des sections qui sont propres aux six filières. Ainsi, cela permet de résumer en quelques mots les caractéristiques de l'environnement et les profils des patients attendus dans les différents secteurs d'activités de l'IURC.

L'élaboration des fiches d'expertises par filière et avec mention des UF permet de mettre en lumière les perspectives de trajectoires professionnelles qui sont offertes au sein de l'IURC. Dans les tableaux où se trouvent le répertoire des tâches spécifiques, une colonne est prévue afin d'identifier les formations associées à chacune des tâches. Il s'agit de formations qui

devront être suivies afin que les tâches puissent être maîtrisées. La troisième colonne est un barème d'évaluation à deux niveaux ou encore à six niveaux. Cette colonne pourra servir à l'encadrement lors des évaluations annuelles des salariés pour reconnaître le développement des expertises des salariés, les accompagner dans leur trajectoire professionnelle ou identifier un expert. Lorsqu'il s'agit d'un mode d'évaluation binaire (en cours d'acquisition et acquis) cela signifie qu'il est question de tâches d'importance relativement moindre ou encore des tâches que les soignants arrivent généralement à maîtriser rapidement. Les tâches qui constituent des facteurs clés de différenciation par l'expertise dans l'UF, ou encore qui nécessitent plus d'expérience afin d'être maîtrisées, sont évaluées selon une échelle à six niveaux. Ainsi, en cours d'emploi il sera possible de constater la progression des professionnels dans la maîtrise des expertises propres à leurs titres d'emploi. Le sixième et dernier niveau à atteindre pour certaines tâches permettra de caractériser le niveau d'expert. La prochaine étape de la GPMC sera de fixer des cibles afin de s'assurer qu'il y ait constamment un nombre d'experts suffisants pour chacune des expertises.

Les experts auront un rôle de mentor et de tuteur concernant les expertises qu'ils maîtrisent. Ainsi, ils seront appelés à documenter leur expertise, à agir à titre de référent auprès de leurs pairs, ou encore en donnant de la formation lorsque nécessaire. Enfin, le travail des professionnels étant évolutifs, des comités d'experts seront mis en place annuellement afin de veiller à la mise à jour des recueils et des fiches d'expertise.

Collecte de données

A titre de rappel, notre recherche est exploratoire et nous tentons de répondre à la question suivante: *La mise en place d'une GPEC peut-elle favoriser l'instauration d'une culture commune à l'aube d'un important projet de regroupement dans un organisme universitaire du secteur sanitaire et médico-social?*

Pour notre étude de cas, nous avons opté pour une collecte de données qualitatives qui nous permet de recueillir des descriptions et des explications riches et ancrées dans un contexte local. Plus concrètement, nous avons opté pour une triangulation des sources d'information. En procédant ainsi nous nous sommes assuré d'aborder le terrain via des angles différents. En ce sens, nous avons procédé à de l'observation continue sur quelques mois, à des entretiens auprès de cinq soignants, professionnels, cadres et membres de la direction, ainsi qu'à la lecture et à

l'analyse de documents provenant de différents acteurs et différentes structures au sein de l'IURC et de l'UGECAM. Le terrain de recherche est l'ensemble de l'IURC mais plus particulièrement les établissements situés à Strasbourg ainsi qu'à Illkirch qui sont concernés par le projet de regroupement.

Collecte de données via entretiens

Étant donné le nombre important d'employés à l'IURC, il était évidemment inenvisageable d'appréhender le terrain via une récolte d'information exhaustive par entretien auprès de tous les acteurs de l'organisation. Ainsi, les entretiens se sont limités à deux dirigeants au niveau de la direction de l'IURC, un cadre de santé, ainsi que deux employés oeuvrant à proximité des patients. Les entretiens ont été d'une durée variant entre 30 et 50 minutes et des notes manuscrites ont été prises.

Création du guide d'entretien

Deux guides d'entretien distincts ont été conçus afin de mener à bien les entretiens avec les dirigeants et cadre de l'IURC ainsi que les membres du personnel qui ont été rencontrés.

Pour les entretiens avec les dirigeants et cadre il a été décidé d'utiliser des questionnaires de type semi-directif. Ce type d'entretien a été privilégié afin de laisser le maximum de place aux intervenants pour permettre l'émergence d'éléments nouveaux. Considérant l'importante expérience des acteurs rencontrés, nous estimions probables que des sujets de réflexions imprévues et enrichissants émergent en cours d'entretien.

Voici la liste des questions pour les entretiens semi-directif:

Questions introductives

- Quelles sont vos fonctions à l'IURC?
- Depuis combien de temps êtes vous en fonction?
- Pouvez-vous m'expliquer comment ce projet de regroupement est né?

- Pouvez-vous m'expliquer comment ce projet de GPMC est né?

Thématiques de relances

- Différence de culture organisationnel (culture d'entreprise- tradition, métier, valeur, rituel et symboles) sur les deux sites?
- Quels sont les avantages que vous voyez à instaurer une GPEC en contexte de regroupement prochain?
- Est-ce que d'identifier les expertises ça peut être pertinent dans une optique de rationalisation des effectifs?
- Quels sont les enjeux organisationnels sous-jacents au regroupement?
- Management de proximité- Comment est venue l'idée de nommer des experts qui maîtriseront et agiront comme tuteurs pour les expertises dans chacune des filières?
- Principales conséquences anticipées du regroupement sur les employés?
- Avez-vous déjà fait des GPMC antérieurement?
- Comment instaurer une culture commune selon vous?
- Quels sont les obstacles à l'instauration d'une culture commune ainsi que les défis que vous anticipez?
- Est-ce que la mise en place d'une GPMC peut permettre d'améliorer l'attraction et la rétention de la main d'œuvre selon vous?

Concernant les entretiens avec les salariés, professionnel et soignant, de l'IURC d'un point de vue éthique nous avons garanti l'anonymat aux participants. Voici le questionnaire, semi directif, qui a servi à diriger les entretiens:

Questions introductives

- Quelles sont vos fonctions à l'IURC?
- Depuis combien de temps êtes vous en fonction?
- Comment voyez-vous le projet d'unification de HU2R?

- Avez-vous des craintes ou des appréhensions quant à cette unification (exemple travail avec des nouveaux collègues, travailler dans une nouvelle filière)?
- Selon-vous quelles mesures pourraient être mises en place afin de faciliter l'unification des sites de Illkirch et de Strasbourg au cours des prochaines années?
- Quelles sont vos attentes de la part des cadres de santé au cours des prochaines années dans le cadre de l'unification qui se fera de façon progressive?
- Seriez-vous intéressé à devenir expert de certaines expertises de votre filière?
- Comment décririez vous la culture d'entreprise à l'IURC?

Collecte de données via observation

C'est dans le cadre d'un stage en présentiel qui s'est étendu sur une durée de plus quatre mois que le travail effectué par les soignants et professionnels de l'IURC a pu être observé et analysé sous différents angles. Le stage s'étant déroulé sur les deux principaux sites de l'organisation, Illkirch et Strasbourg, il a également été possible d'avoir un aperçu de la structure des services, de l'organisation du travail et de la culture d'entreprise de façon générale. Du côté administratif, le fait d'avoir un bureau localisé dans l'espace des ressources humaines qui est adjacent à celui de la direction générale a permis d'avoir un regard sur l'administration. De plus, diverses présentations aux comités de direction et au *comité social et économique* (CSE) et de nombreuses rencontres individuelles avec tous les cadres de santé ont été enrichissantes pour observer la dynamique organisationnelle et la culture de l'entreprise. Pour ce qui est des employés de l'entreprise, la rencontre avec quelques dizaines d'entre eux a permis d'avoir un regard sur le travail au sein des différentes UF et plateaux techniques. Ces rencontres ont également permis de cerner les différentes expertises dans chacune des filières et subsidiairement de réaliser les fiches d'expertises de près d'une dizaine de titres d'emplois.

Collecte de données via analyse et lecture de documentations

Parallèlement à l'observation et aux entretiens réalisés au fil de quelques mois, l'accès au répertoire virtuel des ressources humaines a permis la consultation et la lecture d'innombrables documents quant à la régie interne de l'établissement. C'est ainsi que nous avons pu consulter les fiches de postes qui avaient été établies il y a une quinzaine d'années dans ce qui semblait être une GPEC. Ainsi, nous avons été à même de constater une certaine évolution quant à différentes fonctions à l'IURC au cours des années. L'accès aux répertoires des employés et aux données d'emploi tels que l'ancienneté du personnel, l'âge, et les points de compétences attribués, ont également permis d'identifier certains enjeux quant au renouvellement de la main d'œuvre. Finalement, certains documents explicitant les visées du regroupement des établissements en futur HU2R et développant sur certains défis en lien avec la culture organisationnelle ont permis de bien préparer les entretiens réalisés avec la direction et les employés de l'organisation.

Limites méthodologique

Plusieurs limites méthodologiques sont inhérentes à cette recherche. Premièrement, bien que l'IURC soit une organisation ayant plus de 500 employés, les entretiens ont été réalisés uniquement avec six personnes, majoritairement issus de l'administration. Ainsi, de ce fait les réflexions et conclusions émises dans le cadre de ce mémoire sont soumises en toute humilité et elles reflètent surtout l'opinion de quelques personnes sondées à un moment précis. Deuxièmement, de par l'étendue des soins offerts et la spécificité de certains actes, les conclusions tirées ne peuvent pas nécessairement être exportables à tout établissement de réadaptation. Troisièmement, puisque les cadres les plus loquaces et les plus intéressés par l'objet de cette étude ont été rencontrés à la fin du processus d'entretiens, de nombreux sujets dignes d'intérêt ont été portés à notre attention trop tard. Ainsi, certains sujets tels que le rôle des médecins dans la culture d'entreprise n'ont pu être explorés avec tous les intervenants rencontrés et seront conséquemment ignorés dans le cadre de l'analyse des résultats empiriques au chapitre trois.

3- Analyse des résultats empiriques

Notre recherche nous a tout d'abord permis d'élargir nos connaissances quant à différentes théories et approches de la GPMC dans le domaine sanitaire et médico-social. Nous avons également exploré les notions de plusieurs thématiques connexes à la problématique de cet essai dont le management de proximité. A l'issue de l'analyse de la littérature qui nous intéresse, nous avons survolé la méthodologie afférente aux six entretiens qui ont été menés avec des dirigeants, cadres de santé, soignant et professionnel de l'IURC. Pour la réalisation du cadre empirique nous avons également observé les dynamiques et façons de faire dans l'entreprise tout en procédant à la lecture et à l'analyse de multiples documents répertoriés électroniquement sur le serveur des ressources humaines. Ces démarches nous ont permis de parfaire notre compréhension de l'organisation. Dans la section suivante nous allons faire le lien entre la revue de la littérature et l'analyse des résultats empiriques. Ainsi, nous aborderons les résultats empiriques sous les trois grands axes suivants ; **GPMC et culture commune, management de proximité et GPMC, expert et gestion du changement.**

GPMC et culture commune

Les résultats de nos entretiens démontrent que la GPMC constitue un véhicule intéressant pour l'établissement d'une culture commune au sein de l'IURC. Selon la mémoire collective des intervenants rencontrés, un exercice similaire n'aurait pas été fait à l'IURC depuis plus d'une dizaine d'années. Or, l'identification des expertises dans le cadre de la GPMC fait l'unanimité lorsqu'on aborde les défis actuels de l'organisation qui sont en lien avec la création de l'HU2R en 2026. L'opinion des personnes sondées est ainsi en phase avec la littérature citée au premier chapitre qui soulignait qu'il doit d'abord y avoir une communauté humaine partageant des valeurs, symboles, etc. pour qu'une culture commune puisse émerger d'un milieu.

Il est ressorti des entretiens qu'à l'IURC le principal défi lié à la culture commune réside dans le fait que la grande majorité des soins se déroule sur deux sites distincts qui ont encore aujourd'hui des environnements et des pratiques très différentes. A titre d'exemple, nous retrouvons plusieurs employés ayant près d'une quarantaine années d'expérience qui ont

uniquement travaillé sur un des deux principaux sites durant leur carrière. De plus, certains professionnels nous confiaient avoir peu de contact avec les employés de l'autre centre d'activité et connaissent brièvement les spécificités des soins offerts au sein de l'autre établissement. Ainsi, tant les dirigeants que les employés rencontrés ont reconnu que l'identification d'expertises dans les différentes filières s'avèrent une première étape importante pour démystifier le travail des soignants et professionnels sur l'ensemble des unités de soins et plateaux techniques.

Dans le cadre des entretiens, certains membres de la direction ont évoqué, non pas sans nostalgie, "la belle époque" de l'IURC alors que l'établissement avait une réputation fort enviable à l'international grâce aux avancées technologiques amenées par certains médecins. Sur ce point, nous avons appris qu'il y a plusieurs années la renommée de l'Institut de réadaptation était due à l'innovation mondiale de l'implantation de vis dans les articulations de certains patients. Ainsi, selon plusieurs personnes, l'étape de prise de conscience collective des atouts et des expertises de l'organisation s'avère un excellent point de départ en vue du projet HU2R 2026. En effet, certains ont souligné la pertinence de publiciser au sein de l'IURC les spécificités des UF et l'avant garde en matière de soins de réadaptation qui prévaut toujours dans l'établissement. Pour d'autres, la mise en lumière des technologies de pointes tels que l'arméo-power et l'exosquelette pour les masseurs kinésithérapeute et éducateurs sportifs, la participation aux toxines botuliques pour les infirmières, et le simulateur de conduite pour les ergothérapeutes, pourrait avoir un effet attractif pour attirer de la main d'œuvre à l'IURC. Ainsi, selon la vision des personnes rencontrées, la démarche réalisée pourrait constituer un socle sur lequel se construirait une image de marque forte pour l'IURC. Cette image de marque est l'avancée des soins offerts aux patients et l'avant garde des technologies de l'IURC et il s'agit d'une avenue intéressante sur laquelle pourrait s'édifier une culture d'entreprise.

Outre les six entretiens effectués aux fins de ce mémoire, au cours des derniers mois, nous avons rencontré de nombreux intervenants de l'IURC lors de récolte d'informations en vue de construire la GPMC. Parmi ceux-ci, certains cadres de santé ont été d'une aide précieuse aux réflexions sous-jacentes à la rédaction de cette étude de cas. Nous nous sommes ainsi questionnés à de multiples reprises quant à leurs implications pour la création des fiches d'expertises. Dans la prochaine section nous allons explorer l'importance de leur contribution pour une GPMC.

Management de proximité et GPMC

Durant notre immersion à l'IURC, la direction générale de l'établissement a procédé à la nomination de trois nouveaux cadres de santé responsables des plateaux techniques. Il s'agit de la première fois que des cadres soient nommés pour gérer des employés qui travaillent au sein de deux établissements distincts. Loin d'être le fruit du hasard, un directeur rencontré affirme que cette réorganisation des cadres a été réfléchi dans l'optique du monosite prévue pour 2026. Cette affirmation ne laisse aucun doute quant au rôle de premier plan qui est attribué aux cadres en vue du projet d'unification. Pourtant, lors des premiers échanges et réflexions exploratoires sur l'élaboration des fiches d'expertises à l'hiver 2022, le rôle des cadres de santé n'était pas capital dans la démarche et leur degré d'implication indéterminé. Aujourd'hui, en rétrospective, l'importance de leur contribution nous apparaît évidente.

Comme nous l'avons vu précédemment, selon Mallet, lorsque vient le temps de bâtir une GPMC la première des quatre étapes consiste à identifier les ressources actuelles et à définir les besoins. Cette étape initiale nécessite essentiellement un recensement des tâches et compétences des travailleuses et travailleurs de l'établissement. Dans le cas de l'IURC, l'originalité de la démarche entreprise est notamment due au fait que ce recensement se concentre uniquement sur l'identification des expertises relevées chez les soignants et professionnels. Nous avons constaté que l'identification des expertises demande parfois une connaissance pointue de l'organisation du travail d'un secteur ainsi que des spécificités de ce dernier. Bien que les salariés soient les mieux placés pour décrire et expliquer leur travail au quotidien, nous avons perçu à plusieurs reprises un manque de recul de la part des travailleurs sondés quant à l'identification de leurs tâches les plus importantes, qui se révèlent souvent être des expertises. Cette perspective limitée est en soi tout à fait normale puisque la lourdeur des tâches à accomplir au quotidien et l'organisation du travail font en sorte que les professionnels et soignants sont rarement questionnés dans le cadre d'un projet d'une perspective organisationnel tel qu'une GPMC. De ce fait, nous avons rapidement réalisé que les cadres de santé, ou manager de proximité, s'avèrent aussi à être des acteurs incontournables pour la recension et la détermination des expertises retrouvés aux seins des UF. Nous nous sommes donc questionnés sur la posture idéale, ou l'approche qui doit être préconisée par le manager qui doit sonder les équipes pour recueillir les attributions des différents postes. Également, nous

avons réfléchi au type de leadership qui doit être préconisé pour favoriser la contribution des travailleurs.

Au cours des derniers mois nous avons été à même de constater que les professionnels des plateaux techniques, tout comme les soignants, sont très occupés avec leurs tâches quotidiennes et ce, tant à l'établissement d'Illkirch qu'à celui de Strasbourg. Les plans de sauvegardes qui ont été récemment développés à l'IURC et qui visent à identifier et numéroter les tâches qui doivent prioritairement être accomplies au quotidien lorsqu'il y a surcharge de travail illustrent bien la lourdeur des charges de travail des dernières années. Pour ce qui est des cadres de santé, les heures que nécessitent la gestion des plannings et des remplacements au quotidien font en sorte que ces derniers sont confinés à du travail administratif durant de nombreuses heures par semaine. Nous avons ainsi constaté que ces éléments conjoncturels montre qu'il est difficile pour certains cadres d'instaurer un type de management de proximité avec les employés. Selon nous, cela explique en partie pourquoi dans la planification de projets tels que les GPMC, l'apport des cadres de santé et de la coordination des soins de santé n'est pas nécessairement central. Pourtant, comme nous avons pu le voir auparavant, les bénéfices du management de proximité sont bien documentés par la littérature.

Nous avons relevé plusieurs bénéfices qui pourraient découler d'une plus grande implication des cadres dans la GPMC et par le fait même d'un management de proximité. Tout d'abord, cela pourrait permettre un rapprochement des cadres avec les réalités du terrain afin d'être plus à l'affût quant aux éventuelles déficiences ou lacunes en matière d'organisation des tâches. Nous considérons que l'atteinte d'une plus grande proximité des cadres avec les soins qui sont donnés aux patients peut aussi apporter des dividendes dans le cas d'éventuels projets de réorganisation du travail de type lean management, qui sont en vogue dans plusieurs institutions de santé. Nous avons également pu constater une collaboration limitée de la part de certains salariés lorsqu'ils sont sondés sur leurs tâches par un individu provenant du service des ressources humaines. Selon nous cette réticence peut notamment s'expliquer par le fossé qu'on retrouve entre le service des ressources humaines et les professionnels et soignants des services. Pourtant, nous considérons que l'implication des cadres de proximité dans ce genre de démarche peut s'avérer un véritable atout lorsqu'on cherche à susciter le maximum de collaboration de la part des travailleurs. Par exemple, nous croyons que le manager impliqué dans la GPMC et agissant avec un leadership de type participatif peut faire office de facilitateur

en sensibilisant les salariés à l'importance de la démarche avant la tenue d'entretiens avec "l'enquêteur" des ressources humaines. Ainsi, le cadre peut avoir un impact important pour rapprocher le volet stratégique de l'organisation (direction) au volet opérationnel (soins aux patients). Au contraire, la légitimité de la démarche auprès des salariés peut être mise à mal si le manager est ni impliqué ni sensibilisé quant à l'importance de la démarche que constitue une GMPC. Ultimement, nous pensons qu'un manager qui est proche des soignants de son UF devrait déjà à priori être en mesure de dresser une esquisse assez précise des principales expertises des soignants et professionnels agissant sous son égide. Ainsi, un manager proche de ses équipes permet une plus grande facilité et efficacité lors des recensions de tâches.

Expert et gestion du changement

Dans le chapitre deux qui constitue le cadre méthodologique et empirique de ce mémoire nous avons vu en détail la constitution d'une fiche d'expertise. Ainsi, nous avons vu que les expertises identifiées sont ensuite inscrites dans des fiches qui serviront lors des évaluations annuelles des employés, afin que le cadre de santé puisse évaluer le niveau de maîtrise atteint. Voici un exemple de quelques tâches spécifiques qui sont tirées d'une fiche d'expertise pour le métier d'infirmière oeuvrant dans les UF C-D-H de la filière neurologique.

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
			1	2	3	4	5	E		
D	***Evacuation manuelle de l'ampoule rectale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D-H	***Connaissances théoriques : indication de l'injection bloc moteur et injection toxine botulique, surveillance des effets indésirables et complications potentielles post injection, connaître le déroulement de l'examen, savoir préparer le patient et assister le médecin lors de l'acte interventionnel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C-D-H	Utilisation d'appareils pour la mesure de la volumétrie vésicale (de type <i>bladderscan</i>) et connaissance de la conduite à tenir en fonction des résultats		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
C-D-H	*** Acquisition des compétences théoriques et conduite à tenir face aux troubles cognitifs et/ou du comportement liés à des pathologies neurologiques ou psychiatriques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Tel qu'expliqué précédemment nous pouvons constater que certaines tâches sont associées à une grille d'évaluation permettant l'atteinte du niveau **E** qui correspond au niveau expert. Les entretiens menés avec les membres de la direction nous ont permis de bien comprendre la portée et toute l'importance stratégique derrière la nomination d'experts pour la réorganisation à venir. Conformément à la définition de la compétence via la définition provenant de la HAS au chapitre un, pour qu'un salarié puisse atteindre le niveau ultime de maîtrise de la compétence qui octroie par le fait même un rôle de tuteur et de référent auprès de ses pairs, il doit maîtriser tant les aspects théoriques et pratiques de la tâche. De ce fait, les experts ne peuvent pas être des salariés nouvellement embauchés. Au contraire, pour détenir ce titre, ils doivent avoir une expérience professionnelle, une crédibilité, et détenir un certain ascendant sur leurs pairs. De plus, leur fonction d'expert consiste également à documenter l'expertise et dans certains cas à faire une veille stratégique quant à l'évolution de cette pratique.

De toutes les tâches répertoriées dans les fiches d'expertises une majorité sont des tâches de type savoir-faire alors qu'il s'agit pour la plupart de compétences techniques. A titre d'exemple, "l'évacuation manuelle de l'ampoule rectale". Aussi, certaines tâches relèvent du savoir être des individus qui s'acquière principalement avec l'expérience. Dans le tableau ci-dessus "la conduite à tenir face aux troubles cognitifs et/ou du comportement liés à des pathologies neurologiques ou psychiatriques" entre dans cette catégorie de savoir. Finalement, des tâches sont aussi de type "savoir" et nécessitent parfois une compétence théorique. Conséquemment, les experts constitueront en quelque sorte les référents des différentes UF pour tous les domaines de savoirs.

Concernant la réorganisation à venir à l'IURC, alors que des salariés seront appelés à changer de domaine de spécialisation, ou encore alors que le travail de certains risque d'évoluer par l'intégration d'un nouvel environnement de travail, l'identification des piliers du savoir est une stratégie intéressante. En effet, cela permettra de s'assurer du transfert de connaissances lors de la réorganisation quand la rotation de la main-d'œuvre pourrait être plus élevée. Également, en procédant ainsi on s'assure que les nouveaux employés puissent rapidement repérer les personnes ressources pouvant agir à titre de mentor ou de référent à leur arrivée dans une nouvelle UF.

Par ailleurs, cette démarche de nomination d'experts dans le cadre de la GPMC pourrait permettre d'atteindre de nombreux bénéfices relevés dans l'étude de cas mené à Béziers. A titre de rappel, les bénéfices sont de trois ordres, ils concernent une gestion plus stratégique et participative, l'adaptation au changement, et l'adaptation au contexte hospitalier qui est en pleine transformation. Ainsi, l'IURC s'adapte aux nouveaux enjeux de professionnalisation en fournissant des possibilités d'évolution aux salariés qui pourront expert dans leur milieu de travail. Avec la nouvelle génération de travailleurs qui ont besoin d'avoir des défis au travail pour être motivé, gageons que cette perspective d'évolution aura un effet de rétention sur une partie de la main d'œuvre. Aussi, avec la délivrance de telles fiches d'expertises, nous rendons le processus d'évaluation annuel du personnel plus transparent en publicisant certains des critères d'évaluation. Ainsi, il pourra être motivant pour certains de constater leur évolution d'année en année quant à certaines tâches et expertises de leur UF. Finalement, en faisant une telle démarche nous nous trouvons à formaliser certaines trajectoires de formation alors que dans chaque UF il y aura des formations qui seront liées à des expertises. Dans cette optique, les experts s'avèrent être des candidats tout indiqué afin de suivre des formations données par des organismes externes à l'IURC tel que l'Université de Strasbourg. Subsidiairement, les experts pourront procéder à des séances d'informations auprès de leurs collègues afin de partager le savoir acquis.

Préconisations

Comme le soulevait Mintzberg et Glouberman il y a près d'une vingtaine d'année, les "Organisations de santé sont souvent considérées comme des bureaucraties professionnelles se caractérisant par une certaine disjonction, pour ne pas dire incompréhension entre la direction et les professionnelles de santé."³⁵ Au cours de notre passage au sein de l'IURC nous avons été à même de constater une certaine distance entre les soignants et les membres de la direction. Premièrement, sur le site d'Illkirch où se trouve les bureaux de la direction, la localisation des ressources humaines et de la direction générale se trouvent dans une aile du bâtiment qui est peu fréquenté par les professionnels et soignants. De plus, au sein des filières de santé plusieurs équipes soignantes ont comme habitude de prendre les repas ensemble au sein même de leur unité. En ce sens, les lieux de fraternisation et de partage entre les membres des services administratifs et du personnel sont rares. Nous croyons qu'à l'aube de l'importance réorganisation, il serait bénéfique que la distance entre la direction et les salariés soit rétréci au maximum afin d'aider à l'implantation de démarches telle que la GPMC. Cela permettrait ainsi de fonder une culture d'entreprise commune qui soit partagée à tous les niveaux de l'organisation.

Pour réaliser le rapprochement et rétrécir le fossé, nous sommes d'avis que l'organisation aurait intérêt à organiser des moments de partage et de fraternisation. Par exemple, durant une canicule à la mi-juin, une initiative telle que la distribution de rafraîchissements aux travailleurs durant les pauses aurait pu être prises par la direction. Durant cette période, une communication a été envoyée à l'ensemble des salariés de l'IURC concernant des mesures à prendre pour réduire les impacts de la chaleur sur les résidents. Or, des conseils ou encore des consignes auraient pu être également transmises au personnel, qui subissent eux aussi les impacts de la chaleur intense. De plus, des initiatives telles qu'une tournée de la direction sur les étages de façon hebdomadaire afin de fraterniser avec le personnel et pour prendre le poul du terrain ne pourraient qu'être bénéfique pour rapprocher la direction des soignants.

³⁵ GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., *Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation*

Conclusion

L'élaboration de ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances sur plusieurs concepts du domaine des ressources humaines. Ainsi, la lecture de nombreux ouvrages sur le sujet de la GPMC ou encore sur le management de proximité aura été très enrichissante pour moi. Egalement, cette première expérience sur le marché du travail en France m'a permis d'apprendre énormément quant à l'organisation du travail dans les milieux de santé et sur le management du changement en entreprise.

Enfin, le volet de mon intervention qui m'a le plus stimulé a été de rencontrer de nombreux soignants et professionnels dans leur milieu de travail. En effet, j'ai beaucoup appris lors de ces entretiens alors que je pouvais observer les secteurs d'activités et mieux comprendre la réalité de différents métiers. De plus, quelques salariés rencontrés m'ont agréablement surpris par la générosité avec laquelle ils me partageaient leur expérience à l'IURC. Au travers d'histoires et d'anecdotes j'ai noté l'attachement de plusieurs à la réussite de leur organisation. De ce fait, je suis convaincu que la grande majorité d'entre eux peuvent collaborer et agir positivement pour faciliter l'évolution de l'organisation et l'instauration d'une culture organisationnel enviable pour l'IURC. Toutefois, tel que souligné à plusieurs reprises et sous différents angles dans ce mémoire, la considération des salariés de la part de la direction peut grandement faciliter la GPMC. Ainsi, tout changement ou évolution au sein d'une organisation destinée à prendre soins de la santé humaine, doit d'abord et avant tout s'appuyer sur sa richesse constitutionnelle : le capital humain.

Bibliographie

Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur le territoire - Secteur médico-social - Retour d'expériences*, 17 mars 2015
, <https://ressources.anap.fr/ressourceshumaines/publication/2254>,

AMIOT, C.E., *A longitudinal investigation of coping processes during a merger: Implications for job satisfaction and organizational identification* », *Journal of Management*, Vol 32, n°4, 2006 p555

BENOIT, Christine, *Manager un établissement de santé Modes d'organisation - Pratiques de management*, Nouveaux outils de gestion, 2021

BOTERF, Guy. *Compétence et navigation professionnelle*, Editions d'Organisation
2000

Bureau de la formation et de l'exercice des professions paramédicales et des personnels hospitaliers
, *Circulaire DHOS/P1 no 2007-369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé*
, 9 octobre 2007, <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110059.htm>

CAPPELLETTI, L., LARTIGAU, J., NOGUERA, F. *Contribution au pilotage de la masse salariale par la fonction RH dans les établissements publics de santé : premiers résultats d'une recherche collaborative*. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 2015 P. 62

COZE, Annie-Claude, *La culture d'entreprise*, 2005-2006 https://creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/CULTURE_D_ENTREPRISE_-_Fondamentaux.pdf

Dictionnaire le petit robert en ligne, 10 aout 2022, <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/competence>

DIETRICH, Anne. *Management des compétences*. Edition Vuibert, 2015 p. 157
Hello word, *Management de proximité de quoi parle-t-on?*, 2021 <https://www.hellowork.com/fr-fr/medias/management-proximite.html>, 2021

GAUNAND, Antonin, *Les styles de leadership selon Hersey et Blanchard*, 2022, <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-styles-de-leadership-selon-hersey-et-blanchard/>,

Dictionnaire juridique, 2022, <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/fusion-et-scission.php>,

GILBERT, P., PARLIER, M., *La gestion prévisionnelle des ressources humaines : fondements, bilan et mise en place*, Les Ressources Humaines, Editions d'Organisation, 2005, p.494

GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., *Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation*, Aspen Publishers, Inc., 2001 p. 58

GODET, Michel. *De l'anticipation à l'action*, Dunod. 1991

GOUJON BELGHIT, *Le management du capital humain dans le cadre d'une approche de développement organisationnel : étude de cas dans le secteur médico-social*, *Recherches en sciences de gestion*, 2021 P.234

Groupe Ugecam, Historique, 2013, <https://www.groupe-ugecam.fr/pages/historique-0>

HAS, *Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé*, 10 juin 2022, https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201512/rapport_1_evaluation_des_compétences_des_professionnels.pdf

HOSDAIN, Marie-Françoise. *Réussir une GPEC d'entreprise en 9 étapes*, Gereso, 2020

Légis France, Circulaire du 23 février 1989 Relative au renouveau du service public, 23 février 1989, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000295608/>,

Légis France, SSR, 2022, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2022/01/13/0010>

MALLET, L., *Gestion prévisionnelle de l'emploi*, Editions Liaisons, 1991

Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion,
Accord nationaux interprofessionnel, 14 novembre 2008

Ministère de la santé et de la prévention, Prises en charge spécialisées SSR, 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

MOUILLAC-DELAGE, Agathe, *Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences*, 14 septembre 2015 page 7 I.1.1.

PERETTI Jean-Marie, *Ressources Humaines et gestion des personnes*, Vuibert, 2002

Rivière et al, Audrey, *Mécanismes de construction et d'appropriation d'un dispositif de GPEC élargie au territoire (GPEC-T) dans le secteur sanitaire et médico-social : une étude de cas exploratoire en Languedoc-Roussillon*, 2011

ROCHER, Guy, *Introduction à la sociologie générale*, Trois tomes, Bibliothèque Québécoise, 1969

THIERRY, Dominique. *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*- L'Harmattan, 1993

Université de Rennes, *Soie –Fiche ressource - Savoir / Savoir-faire / Savoir-être/ Compétences*, 2016, <https://formation-continue.univ-rennes1.fr/sites/formation-continue.univ-rennes1.fr/files/medias/files/Fiche%20Ressource%20-%20Savoir-savoir-faire-savoir-%C3%AAtre-comp%C3%A9tence.pdf>

Annexes 1- Recueil d'expertises d'infirmière

Missions	Libellé sommaire de l'emploi							
	<p>Dans le cadre de la prise en charge globale de la personne accueillie et dans le respect de la réglementation, dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir ou restaurer la santé.</p> <p>Contribuer à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.</p> <p>Intervenir dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle de manière autonome et en collaboration</p>							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispenser, coordonner et évaluer les soins infirmiers, relevant de son rôle propre ou d'une prescription médicale, en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires 2. Recueillir les informations et observations pour l'aide au diagnostic et évaluer les effets des thérapeutiques mises en œuvre tout en élaborant le plan d'action infirmier 3. Formuler des objectifs de soins et planifier les soins de la personne accueillie dans le temps 4. Assurer la surveillance des patients et participer à la traçabilité de la prise en charge 5. S'impliquer et participer à la dynamique quant au développement en continue d'une culture et des actions liées à la démarche qualité 	Filières		UF			B a l o n é o - P i s c i		
			HC		HDJ			
	Neurologie	C	D	H	A			
	Locomoteur	B	F	M				
	Cardio respiratoire	K		O-P			L	N
	Pédiatrique (Puéricultrice)	E			G			

	Activité physique nutrition sport (APNS)	I	J	n e
--	---	---	---	--------

Filière MPR Neurologie

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire l'infirmière dispense des soins aux patients souffrant d'affections du système nerveux central et/ou périphérique, entraînant un handicap avec situation de dépendance exposant à des complications, directement ou indirectement liées à l'affection neurologique

Hospitalisation complète (HC)

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
D	Education et apprentissage au patient à l'auto-irrigation trans-anale (Péristeen)		Cours d'acquisition		Acquis					
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
D	Apprentissage à l'auto évacuation manuelle de l'ampoule rectale		Cours d'acquisition		Acquis					
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
D	Education du patient à la surveillance et l'apprentissage de l'évacuation manuelle intestinale		Cours d'acquisition		Acquis					
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
D	***Réalisation de soins et surveillance de cathéter sus-pubien/urétérostomie		1	2	3	4	5	E		
			<input type="checkbox"/>							

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
			1	2	3	4	5	E		
D	Réalisation de lavage vésical		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
D	***Education et apprentissage du patient à l'élimination urinaire par auto –sondage intermittent		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
D	*** Changement canule de trachéotomie ou trachéostomie – soins de sonde endotrachéale		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
D	***Mise en place et surveillance liée à un système d'irrigation trans anale.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
D	***Pompe à baclofène : connaissances théoriques pour la compréhension de l'indication du geste. Connaître le déroulement de l'examen : savoir préparer le patient et assister le médecin lors de l'intervention, avoir la connaissance des effets indésirables et complications		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	potentielles pour la surveillance du patient après l'injection									
D	***Evacuation manuelle de l'ampoule rectale		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
C-H	Mise en place et surveillance de système de contention sur prescription médicale		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
D-H	***Connaissances théoriques : indication de l'injection bloc moteur et injection toxine botulique, surveillance des effets indésirables et complications potentielles post injection, connaître le déroulement de l'examen, savoir préparer le patient et assister le médecin lors de l'acte interventionnel		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
C-D-H	Utilisation d'appareils pour la mesure de la volumétrie vésicale (de type <i>bladderscan</i>) et		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	connaissance de la conduite à tenir en fonction des résultats									
C-D-H	***Compétences liées à la prise en charge des patients ayant des troubles de la parole (aphasie) et/ou de la déglutition. Connaissances théoriques : conduite à tenir au quotidien et en cas d'urgence pour le risque des fausses routes		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
C-D-H	*** Acquisition des compétences théoriques et conduite à tenir face aux troubles cognitifs et/ou du comportement liés à des pathologies neurologiques ou psychiatriques		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
C-D-H	***Apprentissage à l'auto-surveillance cutanée et connaître les complications potentielles liées aux risques cutanés et les actions de prévention à mettre		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	en place en regard. Education auprès du patient à l'auto-surveillance cutanée en prévention des risques d'escarre									

Filière MPR Locomoteur

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire l'infirmière dispense des soins qui permettent de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences des traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, mental et social du patient

HOSPITALISATION COMPLETE (HC)

Hospitalisation complète (HC) B-F-M

UF B-F-M	Socle de tâches communes	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint		Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	Gestion et surveillance d'un cathéter veineux central (de type <i>picline</i>) ou cathéter périphérique long (de type <i>midline</i>)		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Surveillance et soins de drains d'évacuation		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint		Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
B	Surveillance d'un moignon d'amputation		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
			1	2	3	4	5	E		
B	***Réalisation d'un pansement de moignon d'amputation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B	***Chaussage/déchaussage de prothèse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B	*** Connaissance diabète, éducation glycémie, auto-injection insuline		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F-M	Mise en place du dispositif de rééducation de type arthromoteur (préréglage effectué par un kinésithérapeute)		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
F-M	***Connaître la pathologie et les traitements pour les patients hémophiles en phase pré et post opératoire, savoir administrer le traitement injectable spécifique et connaître les effets indésirables ainsi que les surveillances et actions à mettre en place en regard des risques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F-M	Réalisation d'un pansement complexe de type VAC /pansement avec fixateur externe /pansement greffe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

HOSPITALISATION DE JOUR (HDJ)

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire l'infirmière dispense des soins qui relèvent d'une prise en charge journalière. Les soins sont d'ordre technique, d'apprentissage ou encore d'auto-éducation. L'infirmière peut également agir à titre de personne référente afin d'accueillir et d'orienter les patients. L'infirmière donne les alertes au médecin et elle participe aux situations d'urgence en cas de besoin

UF A	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	L'apprentissage des autosondages		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
	Utilisation de l'appareil de mesure de volume vésical		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
	***Injection PRP- (Plasma riches en plaquettes) : administration sur prescription et surveillance du patient		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
	***Remplissage de la pompe à baclofène : préparation du patient, assister le médecin pour la réalisation de l'acte interventionnel et connaître les effets indésirables et complications potentielles post interventionnel pour la surveillance et l'éducation auprès du patient		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
	***Education thérapeutique du patient Sclérose en plaques (sep)- Mieux vivre avec la fatigue	Obligation formation ETP	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

<p>***Blocs moteurs : préparation du patient et assister le médecin pour la réalisation de l'acte interventionnel et connaître les effets indésirables et les complications potentielles post interventionnel pour la surveillance et l'éducation auprès du patient</p>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
<p>***Connaître les bilans urodynamiques et les toxines botuliques, assister le médecin lors des interventions et connaître les effets indésirables et les complications potentielles post interventionnel pour la surveillance et l'éducation auprès du patient</p>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
<p>***Mise en place d'un système d'irrigation trans-anale, l'apprentissage à l'auto-irrigation trans-anale (de type Péristeen) et connaître le déroulement des étapes ainsi que les effets indésirables et complications potentielles post interventionnel pour surveillance et éducation auprès du patient</p>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

Filière MPR Cardio respiratoire

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire l'infirmière octroie l'ensemble des soins nécessaires pour accompagner la maladie chronique ou aigue des affections cardio-vasculaires ou respiratoires avec un handicap transitoire ou permanent. L'infirmière accompagne le projet de rééducation/réadaptation et projet de vie au sein d'une équipe pluridisciplinaire

HOSPITALISATION COMPLETE (HC)

UF O-P- K	Socle de tâches communes	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	Maitriser et connaître les différentes techniques de prises de paramètres vitaux quant à la surveillance, les alertes, les valeurs seuils et la conduite à tenir en regard.		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>						
	Respect des prescriptions des pansements d'escarres et connaissance des facteurs de risques, des étapes de constitution d'une escarre et des actions de prévention à mettre en regard. Connaissance des gammes de dispositifs médicaux proposés et participation à la formation interne proposée par la pharmacie à usage interne.		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>						
	***Mise en place et surveillance oxygénothérapie, aérosolthérapie, défibrillateur portable (<i>Life vest</i>)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
	*** Savoir réaliser un électrocardiogramme et informer le patient du déroulement de l'examen- Savoir donner les alertes		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
***Gestion et éducation des dispositifs d'aide à l'assistance respiratoire de type <i>companion</i>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>			

	***Mise en place, retrait et surveillance d'un dispositif de surveillance de type <i>holter</i>		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
--	---	--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--	--

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
K	***Réalisation des électrocardiogrammes	Formation interne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
K	***Mise en place et surveillance de la télémétrie pour la surveillance cardiovasculaire, savoir gérer les alertes et conduite à tenir en regard		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
K	***Connaitre les traitements anticoagulant ainsi que les médicaments, les effets secondaires et assurer les surveillances en regard		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
O-P	***Prélèvement des gaz du sang et analyse dans le lecteur instantané mis à disposition en interne. Connaitre les valeurs seuils et savoir alerter le médecin en regard		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
O-P	***Soins et surveillance des alimentations entérales, parentérales (stomies, sondes		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

UF	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	nasogastriques, dispositif vasculaire central <i>cip-picc line</i>)									
O-P	***Changement et surveillance des pansements des canules de trachéotomie et ou de trachéostomie		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
O-P	***Gestion de l'aspiration trachéale et de son environnement		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
O-P	***Branchement, gestion des alarmes et surveillance des respirateurs	Formation Resmed	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
O-P	***Mise en place et gestion des ventilations non invasives et éducation du patient à l'utilisation et mise en place du dispositif		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
O-P	***Programmation/pose de polygraphies nocturnes/ capnographies/oxymétries.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

HOSPITALISATION DE JOUR (HJ) UF L-N

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire l'infirmière dispense des soins qui relèvent d'une prise en charge journalière. Les soins sont d'ordre technique, d'apprentissage et d'éducation. L'infirmière peut également agir à titre de personne référente afin d'accueillir et d'orienter les patients. L'infirmière donne les alertes au médecin et elle participe aux situations d'urgence en cas de besoin

UF L- N	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint		Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
			Cours d'acquisition	Acquis		
	Connaissances théoriques et techniques pour la pose et dépose d'un <i>holter</i> tensionnel ainsi que la surveillance qui en découle	Formation interne	Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Pose/dépose des dispositifs médicaux suivants : polygraphie nocturne/ capnographie/oxymétrie. Connaissances théoriques et techniques du déroulé de l'examen et de surveillances à mettre en place en regard	Formation interne	Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Prélèvement artériel pour les mesures de gaz du sang/mesure des gaz du sang par lecture directe		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Apprentissage et éducation du patient pour la surveillance de la glycémie et du taux de coagulation (système <i>CoaguChek</i>)		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Mesure et relevé des paramètres vitaux : maîtrise des dispositifs médicaux, des valeurs seuils, des alertes et des actions à mettre en place en regard		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		

***Réalisation d'électrocardiogramme de suivi de la fonction cardiaque		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
***Mise en œuvre et animation de séances d'éducation thérapeutique individuelle et collective	Formation 40 heures dispensation ETP	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
*** Participer à la réalisation du bilan de préadmission : accueil et admission du patient (recueil de données), réalisation d'examens complémentaires (Epreuve d'effort, Vo², Epreuve fonctionnelle respiratoire,) de test de pré-admission (questionnaire SF36), de recueil de consenti du patient (charte de participation), etc.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
*** Participer à la réalisation du bilan de sortie : examens complémentaires et test tels qu'électrocardiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire, épreuve d'effort, questionnaire SF36, etc.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
***Epreuve d'effort : préparation du patient, assistance au médecin, informations au patient, surveillance post-examen	Formation en interne aux épreuves d'efforts	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

FILIERE MPR ENFANTS/ADOLESCENTS

Libellé sommaire de l'emploi repère- Puéricultrice

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire la puéricultrice/infirmière octroie l'ensemble des soins nécessaires pour favoriser la rééducation/réadaptation des pathologies ou traumatismes aigus ou chroniques de l'appareil neurologique ou locomoteur. Le projet de vie et projet thérapeutique implique l'accompagnement de la parentalité dans la situation de handicap de leur enfant. Les soins incluent une dimension éducative et ludique adaptée à la population des enfants et adolescents

Hospitalisation complète (HC) et hospitalisation de jour (HJ)

UF E-G	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	Adapter les soins à la population des enfants et adolescents. Intégrer une dimension pédagogique et ludique pour la réalisation des soins	Gestion de la douleur	Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>						
	Dispensation d'éducation à la santé auprès du patient et de sa famille		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>						
	Accompagner la parentalité dans le processus et le projet de rééducation		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>						
	***Connaître les indications et le déroulement du bilan urodynamique et injection de toxine botulique. Savoir préparer le patient et assister le médecin durant l'acte interventionnel. Connaître les effets indésirables et complications potentielles post interventionnel pour surveillance et éducation auprès du patient		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

	*** Appréhender les difficultés de communication ainsi que les troubles du comportement et psychologiques pour les troubles prédominants tels que la dyslexie et la dyscalculie, et adapter l'approche thérapeutique auprès de l'enfant/adolescent		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
	*** Proposer et réaliser des activités pédagogiques et ludiques au regard du projet de rééducation de l'enfant/adolescent		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		

FILIERE MPR ACTIVITES PHYSIQUES, NUTRITION ET MEDECINE DU SPORT

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, l'infirmière assure l'accompagnement du patient et dispenser des soins infirmiers adaptés et ciblés au sein du projet de réadaptation métabolique, (dénutrition, obésité morbide, chirurgie bariatrique) en tenant compte des particularités d'ordre psychologique, sociales et comportementales du patient .

UF I	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint		Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	Suivi et analyse des pesées hebdomadaires en collaboration avec la diététicienne et le médecin		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Suivi des ingestas et de l'hydratation en collaboration avec la diététicienne		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Prévention des complications cutanées liées à la situation d'obésité ou de dénutrition : soins préventifs et curatifs. Education du patient et de son entourage à la surveillance cutanée et les actions à mettre en place en regard		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Dispositifs d'aide à l'assistance respiratoire de type <i>companion</i>		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		
	Savoir utiliser l'impédancemètre pour la collection des données cliniques liées à la surveillance du poids du patient. Savoir reporter les données dans le dossier patient, connaître les valeurs seuils et savoir donner les alertes en regard		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>	Acquis <input type="checkbox"/>		

	Accompagnement du patient dans sa prise en charge de l'obésité et de ses complications, au sein d'un projet d'amaigrissement et/ou de chirurgie bariatrique		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
	Surveillance et prise en soins infirmiers en lien avec les situations d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>			Acquis <input type="checkbox"/>				
	***Education à la santé : apprentissage et suivi du diabète		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
	***Soins et surveillance des alimentations entérales, parentérales (stomies, sondes nasogastriques, dispositif vasculaire central <i>cip-pic line</i>)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
	***Soins et surveillance des dispositifs liés à la prise en charge du diabète (stylo à insuline, pompe à insuline, capteur <i>free style</i>)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		
*** Gestion et surveillance liés à l'utilisation des dispositifs médicaux de ventilation non invasive. Eduquer et informer le patient pour l'utilisation du dispositif de ventilation non invasive		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>			

HOSPITALISATION DE JOUR (HJ) UF J

Libellé sommaire de l'emploi repère

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire l'infirmière dispense des soins qui relèvent d'une prise en charge journalière. Les soins sont d'ordre technique, d'apprentissage et d'éducation. L'infirmière peut également agir à titre de personne référente afin d'accueillir et d'orienter les patients. L'infirmière donne les alertes au médecin et elle participe aux situations d'urgence en cas de besoin

UF J	Tâches spécifiques	Formation en lien	Cocher le Niveau atteint						Durée de validité/ préconisation	Signature N+1
	Participer à la réalisation du bilan de préadmission : accueil et admission du patient (recueil de données), de test de pré-admission (questionnaire SF36), de recueil de consenti du patient (charte de participation), de recueil de données cliniques en vue de la prise en soin du patient : poids, taille, glycémie		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>		Acquis <input type="checkbox"/>					
	Bilans de sorties (impédencemétrie)	Formation interne à l'impédencemètre	Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>		Acquis <input type="checkbox"/>					
	Assurer le suivi du patient en cours de séjour : poids, glycémie etc. Connaître les valeurs seuils et savoir donner les alertes au médecin en regard		Cours d'acquisition <input type="checkbox"/>		Acquis <input type="checkbox"/>					
	*** Connaître le programme ETP en place. Préparer, animer, évaluer et faire évoluer l'atelier animé par les infirmières	Formation 40 h dispensation ETP	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>		