

Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil Val-de-Marne



La norme qualité NF EN ISO 15189, dans son volet ressources humaines, au service du projet de formation des professionnels paramédicaux de Biologie.

Karin CHENEVIÈRE

MTMOS
2012-2013



REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à Christian, parti en vivant sa passion, dès le début de cette aventure.

Mes remerciements vont à toutes les personnes qui m'ont soutenue :

- Mes parents et ma famille que j'ai vu un peu moins souvent, je sais qu'ils ne m'en voudront pas,
- Mon compagnon, pour sa présence et sa patience,
- Anne-Marie, Sandrine, Annie et Stéphanie pour leur disponibilité et leurs conseils,
- Corinne, Danielle et Ghislaine qui n'ont pas ménagé leurs encouragements,
- Claudine, Jean et Michel pour m'avoir remplacée lorsque nécessaire,
- Christine pour sa confiance et son soutien,
- L'Ecole Supérieure Montsouris pour la qualité de leurs enseignements,
- Le Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles-Foix pour le financement du Master.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. La qualité, généralités et positionnement	6
1.1. La qualité dans le domaine de la santé.....	6
1.2. La qualité dans les laboratoires de biologie médicale.....	8
1.2.1. La biologie médicale : un nouveau statut.....	8
1.2.2. La démarche qualité : un cadre législatif évolutif.....	9
1.2.3. Accréditation et norme NF EN ISO 15189 : la qualité prouvée	11
1.2.4. Une autre dimension de la norme : formation et qualification	12
2. La formation, sa permanence dans la vie professionnelle.....	15
2.1. La formation initiale, liminaire de la formation professionnelle.....	15
2.2. La formation professionnelle continue.....	16
2.2.1. Une évolution de 1919 à 2008	17
2.2.2. Depuis 2008, un dispositif de formation accessible durant toute la carrière	18
2.2.3. Vers un nouveau dispositif.....	19
2.3. Le développement professionnel continu, une réforme aux multiples facettes.	20
2.3.1. A la recherche de l'amélioration continue	20
2.3.2. Un engagement de la Haute Autorité de Santé	21
2.3.3. Un dispositif puissant, vecteur de progrès	22
3. L'institution : un terreau pour le projet	23
3.1. Le groupe hospitalier au sein de l'institution	24
3.1.1. Une stratégie qualité structurée par les orientations institutionnelles.....	24
3.1.2. La formation, déclinaison de la politique commune de l'institution	25
3.1.3. L'évolution structurelle de la biologie médicale.....	26
3.2. Le pôle de Biologie Médicale et Pathologie.....	26
3.2.1. Un laboratoire unique en pleine mutation.....	26
3.2.2. Des missions et des projets	27
3.2.3. Les caractéristiques de l'effectif paramédical.....	28
3.2.4. La mission transversale en ressources humaines, atypie locale ou pratique nationale ?	29

4. La norme qualité NF EN ISO 15189, dans son volet ressources humaines, au service du projet de formation des professionnels paramédicaux de biologie.....	34
4.1. Les points clés du projet managérial.....	35
4.1.1. Le contexte et le périmètre.....	35
4.1.2. Les acteurs	36
4.1.3. En réponse aux enjeux, des objectifs à atteindre	37
4.1.4. Les ressources et les coûts	37
4.1.5. Les leviers et les freins.....	37
4.1.6. La structuration dans le temps	38
4.2. Le plan de communication, un fil rouge essentiel	39
4.2.1. Une communication organisée.....	39
4.2.2. Une information individuelle	40
4.2.3. Une information collective.....	41
4.3. Une réponse à la norme en trois étapes.....	41
4.3.1. Un diagnostic qualité pour l'identification des écarts aux exigences RH de la norme	41
4.3.2. La création d'un comité de pilotage et d'un atelier de travail	44
4.3.3. La réponse aux exigences RH de la norme	45
4.4. Vers un projet de formation des paramédicaux tout au long de leur carrière.....	49
4.4.1. Un état des lieux de la formation au sein du pôle	49
4.4.2. L'extension des missions de l'atelier « norme 15189 et RH »	51
4.4.3. L'analyse des résultats et ses tendances.....	52
4.4.4. Former autrement les professionnels paramédicaux	54
4.5. Evaluation du projet managérial.....	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES	

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AFNOR	Association française de normalisation.
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance.
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.
ARS	Agence Régionale de Santé.
BMP	Biologie Médicale et Pathologie.
CEDIP	Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques.
COFRAC	Comité français d'accréditation.
COFIL	Comité de pilotage.
CSHCPP	Commission Scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales.
DIF	Droit individuel à la formation.
DRH	Direction des Ressources Humaines.
FPC	Formation professionnelle continue.
FPH	Fonction publique hospitalière.
FPTLV	Formation professionnelle tout au long de la vie.
GBEA	Guide de Bonne Exécution des Analyses.
GHU PSL-CFX	Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière - Charles Foix.
GTRH	Groupe de travail Ressources Humaines.
HAS	Haute Autorité de Santé.
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires.
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale.
MTRH	Mission Transversale en Ressources Humaines.
RH	Ressources Humaines.
TLM	Technicien de Laboratoire Médical.
VAE	Validation des acquis de l'expérience.

INTRODUCTION

Au cours des trente dernières années, les démarches qualité dans le domaine de la santé ont constamment évolué. L'exigence de qualité, devenue essentielle pour les pouvoirs publics, a conduit à la démarche actuelle de certification des établissements de santé, conduite par la Haute Autorité de Santé.

Au sein du système de santé, le statut de la biologie médicale s'est profondément modifié pour conduire à la reconnaître comme une prestation médicale. En parallèle, la notion de qualité au sein des laboratoires de biologie médicale a également été transformée par un cadre législatif évolutif et développé.

Aujourd'hui, soumis à la pression réglementaire, les laboratoires de biologie médicale sont obligés de s'engager dans la démarche d'accréditation avant la fin du mois de mai 2013. Ils doivent être accrédités sur l'ensemble de leurs activités avant le 1^{er} novembre 2016. L'enjeu crucial de cette accréditation est leur autorisation à exercer.

L'accréditation touche l'ensemble des processus en lien avec le management de la qualité et se réfère à une norme spécifique, la norme NF EN ISO 15189. Cette norme comporte des exigences liées aux ressources humaines. Ainsi, le personnel, sa fonction, ses compétences et sa formation sont pleinement impactés. Le domaine des ressources humaines devient donc un élément majeur dans le cadre de cette accréditation.

Par conséquent, je me trouve totalement impliquée au regard de ma position de faisant fonction de cadre supérieur et adjointe du référent ressources humaines du pôle de Biologie Médicale et Pathologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles-Foix. C'est à ce titre que le cadre supérieur de pôle m'a mandatée pour mener un projet en lien d'une part avec la norme NF EN ISO 15189 dans son champ ressources humaines et d'autre part avec la formation des professionnels paramédicaux tout au long de leur carrière.

Le projet qui est présenté s'est articulé autour de plusieurs grandes phases. En effet, il s'agissait de partir d'une démarche qualité dans un cadre réglementaire pour aller vers un projet de formation permanente au sein du pôle. Dans le contexte du projet, cela signifiait transformer l'obligation de répondre aux exigences ressources humaines de la norme NF EN ISO 15189 en une opportunité pour mener un projet de formation professionnelle des paramédicaux tout au long de leur vie.

Cette présentation, démarrera par la phase exploratoire qui a permis de cerner l'ensemble des composantes du projet.

D'abord, il a été nécessaire de comprendre l'évolution de la qualité dans la santé, plus particulièrement en biologie médicale, pour ensuite interroger la norme NF EN ISO 15189.

Puis, l'étude de la formation professionnelle a permis de définir la couverture de ses champs et l'analyse du contexte a situé le projet au regard du groupe hospitalier et du pôle.

En parallèle, la recherche d'une mission transversale en ressources humaines dans un environnement différent de celui du pôle a positionné cette mission au niveau national et local. Elle a également confirmé son importance dans la conduite du projet.

Une fois le cadre exploratoire posé, nous découvrirons les différentes phases de déploiement du projet.

Tout d'abord, un diagnostic qualité au sein du pôle a contribué à l'identification de dynamiques d'action à développer. Le déploiement d'un plan d'action articulé autour des cadres, référents qualité paramédicaux, a permis l'apport d'un premier niveau de réponses aux exigences de la norme.

Ensuite, un état des lieux de la formation au sein du pôle a été réalisé. Sur la base des résultats, le plan d'action a évolué tout en confirmant la place des managers, acteurs indispensables dans le déploiement du projet. Des axes de travail sont formulés sous forme de recommandations. Ils ont un double objectif : développer le projet de formation des paramédicaux dans le cadre des exigences de la norme et se positionner dans la perspective de la mise en place du Développement Professionnel Continu.

Pour conclure, nous proposerons une évaluation du projet et nous analyserons les perspectives de la poursuite de son déploiement.

1. La qualité, généralités et positionnement

Couramment employé, le terme « qualité », du latin *qualitas*, désigne communément la « *manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose ; état caractéristique.* »¹ Toutefois, pour certains, il s'agit de la conformité aux exigences. Depuis 2005, dans le cadre de la norme NF EN ISO 9000, la qualité est reconnue comme l'« *aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences.* »

Les démarches qualité se sont imposées dans l'industrie dès la fin de la seconde guerre mondiale. La fiabilisation de la production, l'amélioration de la confiance dans les produits et la réduction des coûts de fabrication ont été les premiers objectifs. L'analyse des processus de production a permis l'identification des dysfonctionnements et la diminution de leur récurrence ; elle a ainsi conduit à la baisse des coûts liés à la non-qualité. La notion de « réponse aux besoins exprimés par les clients » est alors apparue et des normes de production ont été établies. Ainsi, la qualité est devenue synonyme de nouveaux modes de gestion et d'organisation. Dans les années quatre-vingt, la mise en œuvre des démarches qualité a gagné le domaine de la santé.

1.1. La qualité dans le domaine de la santé

Le développement des démarches qualité dans les établissements de santé a été en partie lié aux augmentations croissantes des dépenses de santé dans un contexte économique devenu difficile en particulier avec la crise pétrolière des années 1973-1974. Les pouvoirs publics ont alors cherché à réduire les coûts par la diminution de la non-qualité. Les différents scandales sanitaires de la fin du XX^{ème} siècle ont ensuite conduit à l'apparition de la notion de risque, rapidement associée à celle de qualité. Ainsi sont nées les notions associées de qualité et de sécurité.

En 1982, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité dans les établissements de santé comme le fait de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même*

¹ Petit Larousse illustré 1998, p.842.

résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

Les établissements hospitaliers et les pouvoirs publics s'emparent de cette exigence de qualité et la positionnent au centre de leurs préoccupations.

Ainsi les concepts d'évaluation et de qualité sont introduits dès 1991 : « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* »².

En 1996, le « *développement de la démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins* » conduisant à l'accréditation de l'établissement de santé est rendu obligatoire³. D'abord conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), la démarche est aujourd'hui prise en charge par la Haute Autorité de Santé (HAS).

A partir de 2004, la dénomination « certification des établissements de santé » remplace celle d'« accréditation des établissements de santé ».

La certification concerne « *la qualité et la sécurité des soins au sein des établissements de santé. La procédure consiste à cette fin en une appréciation globale et indépendante, afin de favoriser leur amélioration continue, des conditions de prises en charge des patients* »⁴.

A ce jour, la procédure, les références et les critères retenus sont décrits dans le manuel V2010 de certification élaboré par la HAS et publié sur son site internet.

Pour compléter ce dispositif législatif, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 précise que « *les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités*». ⁵ Cette nécessité de qualité et de sécurité des soins, pour un service rendu au

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière - art L.710-4

³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁴ Décision n° 2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010)

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

meilleur coût, mesurée par comparaison aux exigences spécifiques de normes, oblige chaque établissement à s'engager dans une démarche qualité. Les défis de la qualité hospitalière sont ainsi multiples car ils relèvent d'enjeux humains et de santé publique, d'enjeux financiers et organisationnels mais également réglementaires.

En effet, depuis novembre 2012, l'accréditation des laboratoires est prise en compte par la certification des établissements de santé, liant ainsi étroitement accréditation et certification⁶. Ainsi, durant la période transitoire allant de janvier 2013 au 1^{er} novembre 2016, un établissement de santé risquera une réserve majeure et un sursis à la décision de certification si son laboratoire n'est pas engagé dans l'accréditation. Mais au-delà de cette période, l'établissement de santé sera sanctionné à l'identique si son laboratoire n'est pas accrédité. Dans les deux cas, lors de situations exceptionnelles, un report de la visite pourra être accordé sur avis de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

La connaissance du statut de la biologie médicale constitue un préalable pour analyser la démarche qualité dans les laboratoires de Biologie Médicale (LBM).

1.2. La qualité dans les laboratoires de biologie médicale

1.2.1. La biologie médicale : un nouveau statut

La principale évolution de la biologie médicale dans le paysage de la santé date de 2008⁷. Pour la première fois, la biologie médicale est assimilée à une discipline médicale au bénéfice des patients. « *La biologie médicale n'est pas un service mais une prestation médicale* »⁸. Les termes de « laboratoire » et « offre de soins » sont associés, l'obligation de résultats tournés vers le patient est affirmée et l'intérêt du patient est annoncé comme but unique. La biologie médicale est en pleine évolution.

Sur le principe de « *permettre à chacun d'avoir accès à une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son juste prix dans un contexte européen* »⁹, la qualité est placée au centre de la régulation du système de santé des LBM. Si la certification est déclarée

⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Activités de biologie médicale et certification des établissements de santé. Novembre 2012.

⁷ Rapport pour un projet de réforme de la biologie médicale. 23 septembre 2008. (Rapport dit « Ballereau »)

⁸ Ibid. p.2

⁹ Ibid. p.14

inappropriée à un domaine où la part de technique est importante, le système d'accréditation est adopté et défini comme « *un monitoring permanent* »¹⁰.

Par les positionnements marquants évoqués supra, le rapport dit « Ballereau » est à l'origine de l'introduction dans la loi HPST de la réforme de la biologie médicale qui s'intègre ainsi dans le cadre de la réforme plus générale du système de soins. Cette réforme de la biologie comprend deux mesures phares : l'accréditation parce qu'elle définit les exigences de qualité des résultats d'examen et la médicalisation qui réaffirme le rôle du biologiste médical au sein du parcours de soins.

Aujourd'hui, la biologie médicale, secteur d'activité en pleine évolution et porteuse d'innovations, subit une mutation rapide notamment au niveau de l'automatisation et de la réglementation. A la croisée d'enjeux de qualité et de sécurité des soins, de sécurité sanitaire et d'efficience, elle représente pour la région Ile de France, un milliard d'euros de dépenses de santé.¹¹

En parallèle de la transformation du statut de la biologie médicale, le concept de qualité au sein des LBM a régulièrement évolué depuis les années quatre-vingt.

1.2.2. La démarche qualité : un cadre législatif évolutif

Dans les années quatre-vingt, le terme « contrôle qualité » utilisé dans l'objectif d'une conformité aux spécifications fait place à l'expression « assurance qualité » employée pour exprimer l'organisation permettant la conformité.

En France, la démarche qualité au sein des LBM publics ou privés a été mise en place suite à l'arrêté du 02 novembre 1994, relatif au Guide de Bonne Exécution des Analyses (GBEA). Ainsi la qualité se définit à travers un système d'assurance qualité dont l'objectif principal est la garantie d'un résultat d'analyse rapide et fiable pour orienter le diagnostic et le traitement afin d'améliorer la prise en charge du patient. En 1999 puis en 2002, le GBEA est modifié. Cette nouvelle version impose en particulier la formalisation et le référencement de l'ensemble des procédures et modes opératoires ; un important changement des cultures professionnelles survient alors par le passage de l'oral à l'écrit et

¹⁰ Ibid. p.18

¹¹ Synthèse du projet régional Ile de France 2012. p.37

l'uniformisation des pratiques. Le « Management de la qualité » apparaît avec pour finalité la satisfaction des exigences du client.

Par la loi HPST de 2009, le législateur réaffirme la garantie de la qualité des examens de biologie médicale, notamment par le déploiement de la démarche d'accréditation des laboratoires. L'organisation par pôle permet aux établissements de santé de structurer la démarche qualité autour du chef de pôle et ainsi de développer la continuité, la cohérence et l'efficacité des activités. Dans la majorité des cas, le chef de pôle est le responsable du laboratoire, qui devient une entité unique regroupant l'ensemble des services de biologie présents dans le pôle, qu'il soit monosite ou multisite. Cette organisation permet de répondre à l'exigence d'un Système de Management de la Qualité unique qui repose sur une politique qualité unique et un Manuel Qualité commun.

La démarche passe du « Management de la qualité » au « Management par la qualité ». L'engagement des LBM dans la mise à niveau de la qualité de leurs prestations médicales garantit ainsi aux patients la qualité de la biologie sur l'ensemble du territoire national. La définition de l'examen biologique comme « *un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain* »¹² confirme son intégration dans le parcours de soins du patient.

Sur le territoire national, le niveau d'engagement des LBM dans la démarche qualité est hétérogène. Jusqu'alors volontaire, l'engagement dans la démarche d'accréditation devient obligatoire sur l'ensemble de l'activité et l'autorisation d'exercer est soumise à l'accréditation de la structure. Le dossier de demande d'accréditation partielle et de demande de vérification d'entrée dans la démarche, selon des critères définis par arrêté ministériel¹³, devra être déposé avant le 31 mai 2013 ; l'accréditation complète du LBM devra intervenir au plus tard le 1^{er} novembre 2016.

¹² Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

¹³ Arrêté du 17 octobre 2012 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.

1.2.3. Accréditation et norme NF EN ISO 15189 : la qualité prouvée

L'accréditation s'établit selon un système de normes européennes qui sont intégrées dans le système français par l'Association française de normalisation (AFNOR). L'AFNOR définit l'accréditation comme la « *procédure selon laquelle un organisme faisant autorité fournit une reconnaissance formelle qu'une personne ou un organisme est compétent pour réaliser des tâches spécifiques* »¹⁴.

L'organisme unique d'accréditation désigné est le Comité français d'accréditation (COFRAC) qui a créé une section « santé humaine » spécifique pour les LBM afin de les sortir de la section « laboratoires », aujourd'hui inappropriée face à la place de la biologie médicale dans le parcours de soins du patient.

La norme NF EN ISO 15189, née en Europe en 2003, est retenue comme norme de référence de l'accréditation des LBM. Considérée comme la mieux adaptée pour un déploiement au sein de LBM, elle spécifie les exigences de qualité et de compétences propres aux LBM¹⁵. Le positionnement par rapport à un référentiel européen et international ouvre ainsi la voie à une reconnaissance européenne de la biologie médicale française.

En appui de la norme, le Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale est le document opposable du COFRAC.¹⁶ « *Outil d'harmonisation des pratiques d'accréditation sur le territoire nationale* »¹⁷, il a pour objet de préciser les exigences organisationnelles et techniques générales en reprenant les dispositions législatives et réglementaires. Leur non-respect constitue un écart.

L'accréditation des LBM permet une reconnaissance de leur compétence fondée sur une évaluation des pratiques par les pairs. Elle a pour objectifs l'harmonisation des pratiques et la fiabilité des analyses.

Le COFRAC certifie que les LBM accrédités sont compétents pour réaliser les examens. Cette reconnaissance est obtenue à l'issue d'audits, réalisés par des auditeurs

¹⁴ AFNOR. Norme NF EN ISO 15189. Août 2007. p.1

¹⁵ La biologie médicale délocalisée fait elle-même l'objet d'une norme, la norme NF EN 228707, non traitée ici.

¹⁶ COFRAC. Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale. SH REF 02. Révision 01. COFRAC Section Santé humaine, 2012, 52 p.

¹⁷ Ibid. p.5

qualifiés par le COFRAC, visant à évaluer le système de management de la qualité, les moyens, les méthodes et les ressources afin d'exercer les activités concernées. L'accréditation est délivrée pour une période déterminée et fait l'objet d'un suivi régulier par le COFRAC.

En France, la norme NF EN ISO 15189, se situe dans un contexte complexe où la diminution régulière de la cotation des actes de biologie impose la recherche d'économies sur les coûts en personnels, les installations et les consommables tandis que la démarche qualité demande des moyens pour la déployer. L'obligation est donc de produire à coûts réduits avec une qualité améliorée.

Les exigences de la norme sont basées sur la recherche de points de non-qualité et la maîtrise des risques inhérents aux pratiques. La norme est construite autour de l'optimisation de tous les processus qui concourent à la production de résultats fiables à partir d'échantillons biologiques. Les actions à mettre en place doivent être sources d'efficacité et d'efficience alliées à une meilleure maîtrise des coûts.

La norme a également d'autres visées. Elle appréhende les ressources humaines : la fonction exercée par le personnel, son engagement dans la démarche qualité, sa formation et sa qualification.

1.2.4. Une autre dimension de la norme : formation et qualification

En lien avec le personnel, la norme prend en compte le métier et les compétences et non le corps ou le grade tels qu'ils existent dans la fonction publique.

La norme NF EN ISO 15189 dans sa version 2007 est structurée en deux parties :

- Le chapitre 4 « *Exigences relatives au management* » porte sur l'identification légale du LBM, sur l'organisation du laboratoire et de son système de management de la qualité et sur la définition des responsabilités des personnels.

Le sous chapitre 4.1 « Organisation et management » traite de « *la formation adéquate de tout le personnel et l'encadrement par des personnes compétentes ...* », « *la mise en place d'un encadrement technique ...* », « *la nomination d'un responsable qualité ...* »

- Le chapitre 5 « *Exigences techniques* » porte sur la politique de ressources humaines (RH) du LBM.

Le sous chapitre 5.1 « Personnel » est consacré au personnel des LBM, sous forme de recommandations sur la formation et la qualification du personnel au travers de 13 points.

Sont ainsi évoqués la définition des fonctions et responsabilités, la traçabilité des « *compétences utiles, diplômes et qualifications professionnelles, la formation et expérience de chacun des membres du personnel* », la présence de personnel qualifié disposant de la formation et de l'expérience appropriée, le niveau de qualification et de formation des personnels : « *le personnel doit participer à des programmes réguliers de développement professionnel ou autre type de relation professionnelle* », un « *programme de formation continue disponible pour toutes les catégories de personnel* », l'évaluation des compétences de chaque membre du personnel à l'issue d'une formation puis périodiquement.

L'apparition d'exigences opposables relatives au personnel conduit à une remise en cause des structures ; elle les contraint à mettre à plat les processus concernant leur management et leur organisation. Pour la première fois, les termes de « compétences », « niveau de qualification », « formation » sont cités dans une norme qualité dédiée aux LBM. Cela implique de ce fait des procédures de recrutement et de qualification des personnels qui répondent à des critères de qualité pointus.

Si les pratiques sont impactées, il en va de même pour le statut des professionnels, leur obligation de formation et de niveau de compétence durable. Une réflexion se révèle indispensable pour répondre à la question de la formation des professionnels et au maintien de leur niveau de qualification.

La biologie médicale, par son statut de prestation médicale, par son positionnement au cœur de l'offre de soins, se doit d'offrir une prestation de qualité pour le patient. La relation entre exigence de qualification durable du personnel et qualité de la prestation fournie au patient est à nouveau mise en évidence.

Mais quelles réponses apporter pour conduire et maintenir le personnel à un haut niveau de qualification ? Comment assurer une mise à niveau permanente des compétences individuelles et collectives des personnels et garantir la qualité des prestations effectuées ? Comment normaliser ce qui relève des ressources humaines ? Comment faire correspondre des critères qualité qui peuvent se révéler rigides face à des comportements professionnels, que l'on ne peut a priori normer ?

Il s'avère indispensable de porter un regard différent sur les procédures souvent perçues comme restreignant l'expression. Nous sommes face à un challenge : transformer les exigences de la norme en une opportunité d'ouverture et de souplesse pour conduire au développement des compétences.

2. La formation, sa permanence dans la vie professionnelle

2.1. La formation initiale, liminaire de la formation professionnelle

La formation initiale repose sur le système éducatif public et privé. Elle représente le premier programme d'études qui conduit à l'exercice d'un métier ou d'une profession. Dite « initiale », elle vise d'abord à l'acquisition de connaissances par une personne qui n'a pas encore exercé de profession. Sanctionnée par un diplôme, la formation initiale favorise l'accès à l'emploi et constitue une base pour le développement des compétences professionnelles.

Les Techniciens de Laboratoire Médical (TLM) sont les professionnels les plus largement représentés au sein des LBM. Auxiliaires médicaux, leur formation initiale varie en fonction du cursus choisi. Dans tous les cas, elle comporte à la fois un enseignement théorique et un enseignement pratique. Le Code de la Santé Publique encadre la profession de TLM et précise la liste des diplômes autorisant à exercer¹⁸. Des travaux portant sur la réingénierie des diplômes sont actuellement en cours.

Toutefois, quel que soit l'institut de formation, l'inadéquation entre le programme de formation initiale et la pratique professionnelle sur le terrain est une réalité. A mon sens, cet écart entre formation initiale et pratique professionnelle réelle est pour partie lié à une temporalité à long terme de l'adaptation des programmes aux mutations professionnelles.

Après dix années d'encadrement, je constate que les Instituts Universitaires, forts de leurs partenariats étroits avec les Centres Hospitaliers Universitaires, de leurs équipements récents et de leurs enseignants en activité dans la Biologie, offrent une vision réaliste du monde professionnel, de ses pratiques et des organisations actuelles qui le composent.

A l'inverse, les Instituts de formation dédiés au métier de TLM et les lycées qui offrent une filière spécifique à cette profession sont souvent coupés des évolutions technologiques. Ils proposent néanmoins aux étudiants une base de connaissances théoriques qui contribue à une solide culture générale en Biologie. Au cours de ces cursus,

¹⁸ Code de la Santé Publique. Chapitre II : Règles liées à l'exercice de la profession de technicien de laboratoire médical. Articles L4352-2 à L4352-9

ce sont essentiellement les stages qui permettent aux futurs professionnels de faire le lien avec les contextes organisationnels, les évolutions technologiques et les pratiques professionnelles.

Ainsi, il est patent que la collaboration avec ces instituts et lycées constitue un levier important dans l'actualisation et la mise à niveau des savoirs fondamentaux des TLM en activité.

Il s'agira par conséquent de se questionner sur les modalités de formation possibles, leur officialisation au niveau de la structure institutionnelle. Il est intéressant de relever que Raymond Le Moign parle du « *renoncement à une ingénierie pédagogique du seul emmagasinement de connaissances pour y intégrer la question sociale* », il évoque également la nécessité de « *permettre une connexion entre la formation initiale et le développement professionnel continu* »¹⁹.

En parallèle de la formation initiale, la formation professionnelle continue tient une place majeure dans la carrière des professionnels.

2.2. La formation professionnelle continue

La formation professionnelle continue (FPC), socle de la qualification professionnelle, regroupe l'ensemble des dispositifs de formation s'adressant au public ayant quitté le système scolaire et désormais engagé dans la vie active. Son objectif premier est de favoriser le développement des compétences et l'accès aux différents niveaux de qualification professionnelle.

Règlementée, la FPC, outil de formation professionnelle, est très encadrée juridiquement et a évolué au fil de l'histoire. Ainsi, si l'on doit au Marquis de Condorcet la première définition explicite de la formation pour adultes en 1792, c'est au début du 20^{ème} siècle qu'un cadre législatif sur la formation professionnelle voit le jour.

¹⁹ LE MOIGN Raymond, sous-directeur des ressources humaines du système de santé à la Direction générale de l'offre de soins. Colloque « Etat des lieux de la fonction RH et scénarios d'organisation pour demain ». ARS. Paris, 20 décembre 2012.

2.2.1. Une évolution de 1919 à 2008

C'est en effet en 1919 que la « loi Astier », relative à l'organisation de l'enseignement technique industriel et commercial, pose les bases d'un enseignement professionnel gratuit pour les ouvriers de moins de 18 ans pendant le temps de travail.

Puis en 1959, la loi DEBRE²⁰ sur la promotion sociale énonce trois grands principes : donner une formation à tous, pallier la pénurie de main d'œuvre qualifiée et créer une société promotionnelle opposée à une société de classe.

En 1971, suite aux événements de 1968, la formation professionnelle devient « *une obligation nationale* »²¹. Elle repose sur un droit à la formation professionnelle pour tout salarié avec un mécanisme de financement obligatoire assuré par les entreprises. Elle répond à un objectif économique, avec l'employabilité et l'adaptabilité des travailleurs et à un objectif social, en favorisant l'ascenseur social. Elle pose le problème de l'utilisation de la formation continue à l'hôpital.

En 1990, le système de FPC des agents de la fonction publique hospitalière (FPH) passe d'une logique de consommation à une logique de compétence et le congé de formation professionnel est créé²².

Entre 2002 et 2004, la formation professionnelle est remodelée. La validation des acquis de l'expérience (VAE) et le bilan de compétences sont mis en place²³ et la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) est instituée²⁴.

En 2007, le système de formation de la fonction publique est modifié principalement par la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle dans le

²⁰ Loi n°59-960 du 31 juillet 1959 relative à diverses dispositions tendant à la promotion sociale. Dite loi DEBRE sur la Promotion Sociale.

²¹ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

²² Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

²³ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

²⁴ Accord national interprofessionnel du 5 décembre 2003 relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle et Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

parcours professionnel, l'instauration des congés pour VAE et bilan de compétences et la création du DIF²⁵.

Toutefois, c'est en 2008, que la FPC connaît de profondes mutations dans la FPH²⁶.

2.2.2. Depuis 2008, un dispositif de formation accessible durant toute la carrière

L'hôpital est confronté à plusieurs défis tels l'adaptation des organisations et de la gestion, l'évolution des modes de prise en charge des patients, des techniques et des métiers, l'évaluation des pratiques professionnelles. La formation représente alors un enjeu collectif pour les établissements de santé de la FPH. Les possibilités d'évolution professionnelle et d'accès à la formation doivent être revues pour introduire tout au long de la carrière de nouvelles perspectives notamment pour les catégories les moins qualifiées. La formation doit alors être conçue comme un atout individuel dans une stratégie collective conduisant à une professionnalisation et un développement des compétences. Ce constat a conduit à une nouvelle évolution législative de la FPC.

Ainsi, le décret du 21 août 2008²⁷ et sa circulaire d'application²⁸ mènent à une logique d'implication personnelle individuelle en collaboration avec les enjeux institutionnels. Huit types d'actions²⁹ sont dorénavant à combiner afin que chaque agent puisse construire son parcours professionnel. De plus, deux nouveaux outils sont créés :

- l'entretien de formation qui permet le bilan des demandes de formation et vise à déterminer les besoins en formation. Le compte rendu est versé au dossier administratif de l'agent.

²⁵ Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

²⁶ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

²⁷ Ibid.

²⁸ Circulaire n° DHOS/RH2/RH4/2009/173 du 22 juin 2009 relative à l'application du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

²⁹ 1 - Formation professionnelle initiale. 2 Formation professionnelle continue. 3 - Préparation aux examens et concours. 4 - Etudes promotionnelles. 5 - Actions de conversion professionnelle. 6 - Congé de formation professionnelle. 7 - Bilan de compétences. 8 - Congé d'accompagnement à une V.A.E.

- le passeport formation qui retrace l'historique de formation du professionnel. A disposition de l'agent, le passeport est sa propriété exclusive dont la communication n'est pas exigible par la hiérarchie.

Outre ces nouveaux outils, la FPTLV modifie la structuration du plan de formation et le fait évoluer en instaurant des catégories selon la finalité des différentes actions de formation.

Ces modifications ont par conséquent une incidence sur les acteurs internes de la formation. En effet, la Direction des ressources humaines (DRH) accroît son rôle de prestataire interne de services et de conseils, pilote les parcours professionnels individuels, les plans de formation et les financements. Les cadres réalisent les entretiens de formation (et d'évaluation), construisent et suivent les plans de formation. Ils mobilisent leurs compétences en management, organisation et médiation. Les professionnels pour leur part sont responsabilisés dans leur parcours professionnel en devenant co acteurs.

Ainsi un nouveau paradigme se met en place avec d'une part une DRH centrée sur son métier au travers de l'ingénierie de projet et de formation et d'autre part un encadrement appelé à porter la responsabilité opérationnelle en RH.

Ces évolutions ont transformé la FPC pour lui donner des moyens complémentaires afin d'atteindre ses objectifs. Néanmoins, la FPC doit aujourd'hui répondre à des besoins nationaux, régionaux, institutionnels et individuels pour faire face aux multiples défis économique, concurrentiel, technologique et socio culturel. Au regard de ces défis, la FPC apparaît comme un outil incomplet pour remplir l'intégralité des missions qui lui sont assignées. Aussi, le dispositif existant doit encore évoluer.

2.2.3. Vers un nouveau dispositif

En effet, souplesse et adaptation, prise en compte des transversalités des métiers et des compétences, lien avec les évolutions des contenus de travail, individualisation des méthodes de formation, intégration des mutations sociologiques et organisationnelles sont autant de paramètres indissociables d'un système de formation qui se veut être un outil d'ajustement entre les individus, les emplois et les évolutions professionnelles.

C'est pourquoi nos politiques se sont orientés vers une réforme du système en concevant le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC). Concept commun

entre formation continue et évaluations des pratiques professionnelles, le DPC est la dernière évolution majeure dans le paysage de la formation professionnelle.

2.3. Le développement professionnel continu, une réforme aux multiples facettes.

Le DPC est présenté comme un dépoussiérage de la formation continue et un dispositif porteur d'une dynamique pour l'amélioration de la qualité des soins.

2.3.1. A la recherche de l'amélioration continue

Instauré par l'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009, le DPC est dorénavant une obligation pour tous les professionnels de santé tout au long de leur carrière. « *L'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* »³⁰ sont les objectifs définis dans le Code de la Santé Publique. La HAS considère le DPC comme un moyen d'« *accompagner les évolutions de notre société* »³¹.

Encadré par plusieurs décrets d'application parus entre 2011 et 2012, le DPC est obligatoire depuis le 1er janvier 2013 ; il est actuellement encore en cours de déploiement.

Parmi les structures créées à cette occasion, la Commission Scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP) est définie par l'arrêté du 29 octobre 2012³² et représente 18 professions paramédicales dont celle de TLM. Elle donne son avis sur les orientations nationales et régionales du DPC. Egalement en charge de l'évaluation des organismes de DPC au moment de leur enregistrement, elle devrait concourir à une offre de formation mieux adaptée aux professionnels dans leurs situations de travail.

Comme le prévoient les textes, tout professionnel de santé est soumis à une obligation annuelle de DPC. Si le professionnel n'est pas inscrit à un ordre, ce qui est le cas du TLM, le contrôle du respect de son obligation de DPC est à la charge de la HAS ou

³⁰ Article L.4133-1 du Code de la Santé Publique

³¹ Lettre HAS n°32, juillet-septembre 2012.

³² Arrêté du 29 octobre 2012 portant nomination à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales. Journal officiel, n° 0260 du 8 novembre 2012

de son employeur. Cette vérification a lieu au minimum une fois tous les 5 ans et peut conduire à des cas d'insuffisance professionnelle lorsque l'obligation n'est pas respectée et que la demande de réajustement par un plan annuel personnalisé n'est pas réalisée.

L'obligation de DPC implique une adaptation rapide des acteurs de la formation professionnelle au changement organisationnel. Certains proposent des actions pour la construction d'une offre de formation, ainsi que des outils méthodologiques et d'adaptation des logiciels de formation aux nouveaux besoins des professionnels.

Le caractère récent du DPC ne permet pas un recul suffisant pour porter un regard critique sur les résultats du dispositif pour les nouvelles professions impactées. Cependant, la littérature préconise une vigilance des acteurs pour que le DPC prenne en compte la diversité des conditions d'exercice et les différents besoins qui en découlent afin qu'il ne soit pas une démarche supplémentaire et contraignante.

2.3.2. Un engagement de la Haute Autorité de Santé

D'ores et déjà, la HAS démontre sa volonté de disposer d'un outil proche des professionnels par des approches d'une part à dominante « analyse des pratiques » et d'autre part à dominante pédagogique.

En effet, elle s'engage dans la garantie de la qualité des méthodes mises en œuvre et leurs modalités d'organisation en publiant « *les méthodes et modalités de DPC* » ainsi que « *les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC* »³³ dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques.

Conforme à une orientation nationale ou régionale, un programme de DPC doit ainsi comporter une des six méthodes actuellement validées par la HAS et être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré et évalué positivement par la commission scientifique de la profession concernée. Construit sur ces bases, le programme associe « *l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences lors d'une activité explicite* ». ³⁴

Dans le cadre d'une démarche d'accréditation en biologie médicale, un programme de DPC doit comporter d'une part « *la satisfaction des exigences demandées pour*

³³ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Evaluation et amélioration des pratiques. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. Décembre 2012.

³⁴ Ibid.

*l'accréditation conformément aux référentiels du COFRAC et notamment les exigences concernant l'amélioration continue de la qualité et les compétences des personnels biologistes et techniques », d'autre part « un temps identifié d'acquisition ou d'approfondissement de connaissances ou de compétences » et enfin « un temps identifié d'analyse des pratiques professionnelles ».*³⁵

2.3.3. Un dispositif puissant, vecteur de progrès

De manière plus globale, le DPC implique l'élaboration d'un programme annuel de formation en lien avec le plan de formation, le décloisonnement des modalités de formation et d'analyse des pratiques, la valorisation de l'ensemble des moyens d'acquisition de connaissances et de compétences, une traçabilité stricte et un système d'information intégré.

Puissant levier managérial, le DPC est une opportunité pour l'ensemble des professionnels de santé, dans la gestion de leurs compétences et dans la réponse qui peut être apportée aux nouveaux besoins en matière de santé, tant à l'échelle des établissements que des territoires. Il ne s'agit pas uniquement d'un droit individuel mais d'une politique nationale dont l'enjeu est de « *garantir la qualité et la sécurité des pratiques de l'ensemble des professionnels de santé* »³⁶ mais également de reconnaître le savoir issu des pratiques et de considérer le travail réel.

Il reste au DPC à tenir ses promesses tout en se questionnant sur l'appropriation de la démarche par les groupes hospitaliers. Comment vont-ils déployer le DPC au niveau des pôles ? Quels seront les impacts pour les professions jusqu'alors non soumises au DPC telles que celle de TLM ? Jusqu'à quel point sera-t-il possible de faire entrer le travail réel dans le dispositif de formation, comment dépasser la dichotomie « théorie-pratique » ?

³⁵ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Evaluation et amélioration des pratiques. Développement professionnel continu. Accréditation en biologie médicale. Fiche technique méthode. Document de travail. 31 janvier 2013.

³⁶ Webzine de la HAS. Lettre DPC & Pratiques n°62. Février 2012. Professeur HAROUSSEAU Jean-Luc. Président du collège de la HAS.

3. L'institution : un terreau pour le projet

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) est le Centre Hospitalier Universitaire de l'Ile de France.

L'AP-HP a réorganisé ses trente-sept hôpitaux d'Ile de France en douze groupes hospitaliers (et l'hospitalisation à domicile) selon le principe d'une mise en place de gouvernance commune à plusieurs hôpitaux géographiquement proches. Les groupes hospitaliers ainsi constitués doivent permettre des rapprochements selon une double logique : médicale avec des filières de soins complètes et de proximité géographique, économique en favorisant les synergies entre sites hospitaliers. L'offre de soins est organisée en trois niveaux : activités de proximité, intermédiaires et hyperspécialisées. Des soins de proximité à la prise en charge des urgences les plus graves et des maladies rares, l'AP-HP répond chaque année au besoin de patients franciliens, nationaux voire internationaux.

L'AP-HP assure la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Dans son plan stratégique 2010-2014, elle annonce le changement à quatre niveaux parmi lesquels celui de la formation : « *L'AP-HP s'engage à travailler, et donc à former, différemment* » car le système hospitalo-universitaire est encore marqué par des « *éléments de cloisonnement* » au niveau des structures hospitalières, des formations ou des métiers³⁷.

L'institution comprend 69 821 personnels non médicaux et 21 080 personnels médicaux³⁸. Elle dispose de 27 écoles et instituts de formation qui accueillent 8 000 étudiants par an. Paris Diderot et Paris Descartes sont les deux plus grandes facultés partenaires de l'AP-HP. En 2011, les dépenses pour la formation du personnel non médical se sont élevées à 136,3 millions d'euros répartis entre formation initiale (38%) et formation continue (62%)³⁹. Ainsi, 62,5% des professionnels non médicaux ont pu bénéficier d'au moins une action de formation continue.⁴⁰

³⁷ Plan stratégique 2010-2014. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. p.9

³⁸ Bilan social 2011. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. p.18 et p.119

³⁹ Ibid. p.92

⁴⁰ Ibid. p.93

3.1. Le groupe hospitalier au sein de l'institution

Le Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière - Charles Foix (GHU PSL-CFX) est né en 2011 du regroupement de l'hôpital Pitié Salpêtrière avec l'hôpital Charles Foix. Plus grand groupe hospitalier constitué à l'occasion de la réorganisation de l'AP-HP, il réunit toutes les disciplines médicales, à l'exception de la prise en charge des grands brûlés, et comprend douze pôles dont un pôle de Biologie Médicale et Pathologie. En 2011, son budget de 740 millions d'euros représente 11% du budget global de l'AP-HP. Avec ses 5 120 personnels paramédicaux, il pèse pour 7% de l'effectif paramédical de l'AP-HP alors que ses 1 200 personnels médicaux ne représentent que 5% du personnel médical de l'AP-HP⁴¹.

3.1.1. Une stratégie qualité structurée par les orientations institutionnelles

Le premier axe du Schéma d'Organisation des Soins d'Ile de France 2012 - volet biologie médicale est l'accréditation de tous les laboratoires d'ici 2016.

A cette fin, le groupe hospitalier intègre l'accréditation dans son Programme Qualité et Sécurité des Soins 2011-2013 qui découle des orientations stratégiques de l'AP-HP :

- d'une part, à travers l'axe « *Pilotage, organisation et promotion de la qualité et de la sécurité* » dont un des objectifs est de former les professionnels dans le cadre de l'accréditation des laboratoires,
- d'autre part, au sein de l'axe « *Qualité - Amélioration des Pratiques Professionnelles* » avec l'objectif de l'application de la norme NF EN ISO 15189 dans l'ensemble des laboratoires du GHU PSL-CFX.

Un laboratoire unique est identifié. Il regroupe l'ensemble des services de biologie pour permettre le déploiement de la démarche qualité et un seul Système de Management de la Qualité.

⁴¹ Données brutes 2011.

Disponible sur www.aphp.fr/aphp/les-chiffres-clefs/ (consulté le 29/09/2012) et sur pitie-salpetriere.aphp.fr/ (consulté le 29/09/2012)

3.1.2. La formation, déclinaison de la politique commune de l'institution

C'est par la formation des professionnels que le GHU PSL-CFX pourra tenir ses engagements dans le domaine de la qualité. A cette fin, la direction est associée à l'élaboration de la politique de formation, la définition des priorités et le suivi de la FPC pilotée, au niveau du siège de l'AP-HP, par le Département du Développement Professionnel.

De ce fait, le groupe hospitalier met en place son plan de formation au sein d'une politique commune qui se veut garante de la cohérence et de l'unité dans l'institution.

Il décline donc les actions de formation continue selon trois types de priorité :

- formations institutionnelles exigibles : financement pris en charge en central
- formations à recommandations institutionnelles : financement local
- formations à l'initiative du groupe hospitalier (selon ses propres besoins et priorités, dont les formations règlementaires) : financement local

Au sein du GHU PSL-CFX, le quatrième axe du Projet de soins 2010-2014 est dédié à la formation et à l'obligation des paramédicaux d'acquérir de nouvelles compétences. La formation tout au long de la vie professionnelle est également annoncée comme moyen d'accompagnement de l'évolution des métiers.

Un entretien avec le responsable de la Cellule du développement professionnel et de la formation confirme les orientations stratégiques et les axes de formation prioritaires 2013.

Cet entretien est également l'occasion d'un accès aux bilans de formation continue 2011 et 2012⁴² de l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux du pôle.

En 2012, le budget FPC a été renforcé à hauteur de 436,4 milliers d'euros soit une augmentation de 23,5% par rapport à 2011. Cette consolidation impacte essentiellement l'enveloppe collective tandis que l'enveloppe déléguée aux pôles reste stable à 222,2 milliers d'euros. Par rapport à 2011, le nombre de jours de formation a évolué de 18,5% atteignant ainsi 10 344 jours et permettant à 2,5% d'agents supplémentaires de bénéficier d'au moins une journée de formation continue.⁴³

⁴² Données issues de la requête BI sur la base de données HR ACCESS.

⁴³ Cf. Annexe 1 : Bilans de formation continue 2011 et 2012 pour les professionnels du GHU PSL-CFX.

Ces évolutions s'expliquent par le renforcement de la politique de formation au sein du groupe hospitalier, la forte implication des pôles, une meilleure exhaustivité des recensements des formations internes dans les services et l'impact des contrats d'apprentissage dans les nombres de jours de formation comptabilisés.

Conjointement à la FPC, l'AP-HP doit déployer le DPC au sein de ses structures. L'AP-HP est enregistré comme organisme de DPC. Les rôles du siège de l'AP-HP et de ses groupes hospitaliers sont en cours de définition. Au sein du GHU PSL-CFX, les principes généraux du DPC, ses orientations nationales et ses méthodes ont été présentés fin avril 2013 au cadres supérieurs de pôle et aux référents RH. Les modalités de déploiement du DPC au sein du groupe hospitalier suivront les lignes directrices données par l'Institution.

Une fois opérationnel, le DPC sera un dispositif essentiel dans l'accompagnement des professionnels lors de la restructuration de la biologie du GHU PSL-CFX.

3.1.3. L'évolution structurelle de la biologie médicale

A l'AP-HP, la biologie se caractérise par une couverture de la quasi-totalité des besoins. L'offre est cependant trop dispersée, marquée d'une part par le cloisonnement des organisations et des sites, d'autre part par des redondances au sein des groupes hospitaliers comme entre eux.

La restructuration de la biologie du GHU PSL-CFX est le point fort de sa modernisation, les activités de biologie étant actuellement disséminées sur 18 sites.⁴⁴ Ainsi, la biologie se réorganise autour de plateaux techniques communs intégrant les laboratoires de Charles Foix dans le pôle de Biologie Médicale et Pathologie du groupe hospitalier.

3.2. Le pôle de Biologie Médicale et Pathologie

3.2.1. Un laboratoire unique en pleine mutation

Depuis 2011, le pôle de Biologie Médicale et Pathologie (BMP) regroupe l'ensemble des laboratoires de Biologie et d'Anatomie et Cytopathologie du GHU PSL-

⁴⁴ Plan stratégique 2010-2014. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. p.176

CFX jusqu'à cette date inclus dans trois pôles distincts et comprenant le laboratoire de l'hôpital Charles Foix basé à Ivry sur Seine.

Ce nouveau pôle BMP permet de répondre aux obligations de « Laboratoire unique » en regroupant la totalité des laboratoires du groupe. Il représente un enjeu stratégique pour le plus grand site hospitalier de l'AP-HP, lui permettant de répondre aux besoins exprimés en examens de biologie médicale et d'Anatomie et Cytopathologie de très haut niveau. Le chef de pôle est le responsable de ce laboratoire unique.

Comprenant treize services (appelés communément laboratoires) et douze centres de référence de microbiologie et maladies rares, le laboratoire produit près de 276 millions de B/BHN par an ⁴⁵ et assure une activité 24h/24 et 7 jours sur 7. Cette activité est portée par 200 praticiens et 440 personnels non médicaux.

3.2.2. Des missions et des projets

Outre la restructuration de ses activités de Biologie, le pôle BMP a également pour mission de mener à bien les impératifs liés à l'accréditation du laboratoire.

En parallèle, la formation des personnels médicaux et non-médicaux tient une position centrale dans la mission de construction d'un pôle Hospitalo-Universitaire innovant assurant l'amélioration continue des soins et l'accès aux progrès médicaux.⁴⁶

Deux projets principaux sont structurants pour les années 2012-2016.

D'une part, le plan de restructuration de la Biologie 2011-2014, un des points clé d'amélioration du pôle : il se déroulera en plusieurs phases et aboutira au regroupement de l'activité sur trois sites avec le développement d'une plateforme de haut débit, la réorganisation des activités spécialisées et la mise en place de structures logistiques et tertiaires communes.

D'autre part, l'accréditation du laboratoire, projet majeur pour le groupe hospitalier : il s'inscrit dans l'objectif de respect de la norme NF EN ISO 15189 pour le 1^{er} novembre 2016. Une organisation a été mise en place afin d'obtenir une première phase

⁴⁵ Chiffres 2011 ; B et BHN étant les lettres clés de la Biologie

⁴⁶ Contrat du Pôle de Biologie Médicale et Pathologie 2011

d'accréditation partielle qui sera suivie d'une accréditation de l'ensemble des actes de Biologie Médicale et Pathologie en 2016.

3.2.3. Les caractéristiques de l'effectif paramédical

L'effectif paramédical du pôle BMP à fin décembre 2012 est de 440 personnes soit 423,20 Equivalents Temps Plein (ETP).⁴⁷

Ses caractéristiques ont été établies suite à l'analyse croisée de la pyramide des âges, la répartition des effectifs par tranche d'âges, la répartition des métiers et la répartition des âges par métier.⁴⁸

La pyramide des âges fait apparaître un déficit en jeunes professionnels face à une population plus âgée. En effet, 71% de l'effectif a plus de 40 ans dont un tiers plus de 50 ans. Cet effectif est majoritairement féminin (75%).

Les deux métiers les plus représentés sont ceux de technicien de laboratoire médical (66%) et d'agent en secteur médico-technique (17%). 81% des TLM sont des femmes. Cette représentation féminine dans un métier présent à 66% dans le pôle explique la forte proportion féminine dans les effectifs paramédicaux.

Le métier d'ingénieur est un métier récent, en cours de développement dans les LBM. Aujourd'hui, sa représentation au sein du pôle est de 2%.

Si les deux tiers des ingénieurs ont moins de 40 ans, un tiers des techniciens ont plus de 50 ans dont 5% plus de 60 ans. 47% des agents ont plus de 50 ans. Enfin, 76% des secrétaires médicales sont âgées de plus de 40 ans dont 26% au-delà de 50 ans.

Les prévisions de départ à la retraite des professionnels du pôle sont conformes aux données démographiques présentées dans le rapport de l'Organisme National des Emplois et Métiers de la Fonction Publique Hospitalière⁴⁹. En l'occurrence, les départs des TLM et des agents s'accroissent depuis 2009 et vont atteindre un pic entre 2013 et 2015.

⁴⁷ Données GESTPERSO. Décembre 2012.

⁴⁸ Cf. Annexe 2 : Caractéristique de l'effectif paramédical du pôle de Biologie Médicale et Pathologie

⁴⁹ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Fonction publique hospitalière : données démographiques horizon 2015. Mai 2003.

Face à ces perspectives de départ, le pôle est fortement exposé à des risques de déficit de connaissances, perte d'expertise et de compétences, diminution de la qualité de la prestation fournie et recul de la mobilité interne. Pour s'en préserver, il se doit de repenser le mode de management des professionnels paramédicaux, les pratiques professionnelles, les parcours et modalités de formation ainsi que les conditions de transmission des savoirs.

3.2.4. La mission transversale en ressources humaines, atypie locale ou pratique nationale ?

Une démarche exploratoire a été menée afin de déterminer si la mission transversale en ressources humaines (MTRH) était une singularité du groupe hospitalier ou de l'AP-HP. Plusieurs méthodologies ont été employées : la recherche bibliographique, l'entretien collectif ou « table ronde » et le benchmarking. Un colloque traitant du sujet a également enrichi la réflexion.

3.2.4.1. La MTRH : vers un nouveau paradigme

La seule littérature employant l'expression « mission transversale en ressources humaines » dans le milieu hospitalier est écrite par des encadrants de l'AP-HP⁵⁰. Peut-on alors en conclure que la MTRH est une singularité de l'Institution ?

Pour les auteurs, la création de la MTRH « *constitue un dispositif d'efficience et de pertinence permettant d'optimiser le contrat d'objectifs et de moyens du pôle* »⁵¹. Si l'article présente les résultats d'une enquête sur les conséquences de la MTRH sur les missions de cadre de santé, il démontre aussi l'importance de la définition des circuits de décision, de délégation et d'information au sein de l'organigramme de l'encadrement.

⁵⁰ DAVID-SOUCHOT Véronique, AMMAR-KHODJA Nathalie. La mission transversale RH. *Gestions hospitalières*, 05/2012, n°516, pp. 269-274

⁵¹ Ibid. p.269

La thématique est également largement abordée lors du colloque « Etat des lieux de la fonction RH et scénarios d'organisation pour demain » organisé par l'ARS Ile de France en décembre 2012 :

- Richard Barthes⁵² présente la réorganisation de la fonction RH au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse : courant 2013, dans le cadre de l'axe « Accompagnement de la décentralisation des fonctions RH », un poste de « *réfèrent RH de proximité* » sera créé dans chacun des 25 pôles afin de renforcer la proximité et la réactivité sur les problématiques RH au regard des demandes des pôles. Ce référent, cadre de proximité doté d'un Master RH, sera le « *guichet unique RH de proximité de pôle* ». En parallèle, un « *Comité des gestionnaires RH de pôle* » sera constitué et se réunira cinq fois par an.⁵³

Malgré l'absence d'autres informations sur cette future organisation, nous pouvons établir un lien avec la MTRH évoquée supra.

- Au cours de ce même colloque, un Coordinateur Général des Soins de l'AP-HP pointe l'importance de l'articulation entre le référent RH et la Direction des Soins Infirmiers d'une part et la DRH d'autre part. Il précise le caractère essentiel de l'identification du référent RH par les équipes afin de l'autoriser à jouer son rôle d'interlocuteur privilégié. Il préconise de continuer le cheminement, de peaufiner des outils communs, de réfléchir aux « bons dosages » de déconcentration et aux marges de manœuvre pour respecter l'équité. De son point de vue, la délégation doit être pilotée.

Ainsi, cet état des lieux souligne un déplacement de la responsabilité de l'action RH vers les pôles, secteurs ou services médicaux et un développement de la délégation des activités liées. Cette délégation RH progresse sur des champs qui relevaient des prérogatives des directions des RH et directions des soins infirmiers. Les degrés les plus élevés de délégation sont relevés dans les établissements de l'AP-HP « *qui de fait ont mis en place et formalisé la délégation aux pôles depuis plusieurs années* »⁵⁴. Les chefs de

⁵² BARTHES Richard, directeur de l'accompagnement des projets structurants, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

⁵³ BARTHES Richard. Colloque « Etat des lieux de la fonction RH et scénarios d'organisation pour demain ». ARS. Paris, 20 décembre 2012

⁵⁴ CORDIER Caroline. La déconcentration de l'action RH vers les pôles et services médicaux en bonne voie en Ile de France. *Hospimédia*, 21/12/2012 - 09 : 32

pôle occupent une place « *reconnue bien que plus modeste* »⁵⁵ que d'autres professionnels. Mais leur implication future est perçue comme étant en forte évolution pour les prochaines années.

3.2.4.2. Les contours de la MTRH au sein des pôles du GHU PSL-CFX

Après avoir confirmé la présence de la MTRH au niveau national et de manière prédominante au sein de l'AP-HP, nous avons souhaité connaître l'origine de la MTRH.

Dans cette optique, les référents RH des douze pôles du groupe hospitalier ont été réunis lors d'une table ronde afin de construire un temps d'échange convivial. Il a alors été constaté que trois des douze pôles n'avaient pas de référents RH. Les cadres supérieurs des pôles concernés ont expliqué cette absence soit par un effectif insuffisant, soit par l'absence de compétences dans l'équipe de cadres en place. La table ronde a permis de définir l'historique de la MTRH mais également son organisation, les missions liées et les points de vigilance.

La MTRH a été créée peu après la mise en place des pôles. D'abord confiée à un cadre supérieur en complément d'un poste d'encadrement de pôle, la mission se développe au sein du GHU PSL-CFX pour représenter aujourd'hui un poste à temps plein.

Le cadre supérieur référent RH dépend hiérarchiquement du cadre supérieur de pôle avec lequel il travaille en étroite collaboration. Ainsi, le cadre de pôle est considéré comme le « *général* » qui assure la stratégie et le référent RH comme son « *lieutenant* »⁵⁶. Cette délégation de gestion est validée par le chef de pôle ; de ce fait, il n'apparaît pas comme décisionnaire à quelques rares exceptions. Par contre, il dispose d'une information régulière et actualisée.

Deux types d'activités ressortent. Les premières sont directement portées par le référent RH. Il s'agit essentiellement de la gestion du personnel non médical du pôle : la mise en adéquation des ressources et des activités, le recrutement et l'affectation, la gestion de la suppléance et de l'intérim, le suivi des heures supplémentaires, la gestion de la formation. Les secondes sont des activités auxquelles le référent RH contribue en étroite collaboration avec le cadre supérieur de pôle. La participation aux projets RH du pôle, le

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ « général » et « lieutenant » sont deux verbatim recueillis lors de la table ronde des référents RH.

suivi du personnel concerné par le protocole handicap et la diffusion des informations RH sont principalement ciblés. Enfin, le référent RH peut être amené à suppléer le cadre supérieur de pôle quand cela est nécessaire.

Trois points d'attention ont été repérés :

- Le parcours professionnel du référent RH. La seule expérience de terrain n'est plus suffisante pour assurer la mission. En fonction du profil et du parcours du référent RH, une formation complémentaire au domaine RH est inévitable. Au demeurant, c'est actuellement le choix fait par le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

- Le positionnement du référent RH par l'exécutif de pôle vis-à-vis de l'ensemble des professionnels du pôle. Ce point, déjà évoqué lors du colloque de l'ARS, est fondamental pour légitimer le référent RH dans ses missions.

- L'absence d'outils communs inter pôles malgré les nombreux tableaux de bord et indicateurs utilisés par chaque référent RH. La question se pose alors d'un projet de création d'outils communs ou de la mutualisation d'une sélection d'outils actuels.

3.2.4.3. La MTRH : une pratique identique au sein des pôles de Biologie Médicale de l'AP-HP

Pour clore le tour d'horizon de la MTRH et dans l'hypothèse d'une particularité de la MTRH en Biologie, un cadre supérieur de pôle et un référent RH ont été contactés dans deux pôles de Biologie de l'AP-HP. Les entretiens ont été téléphoniques pour des raisons d'agendas.

Lors de ce benchmarking, aucune spécificité liée à la Biologie concernant le référent RH ou ses activités RH n'a pu être relevée.

Par contre, sur un des sites, la cellule qualité a été construite sur une logique autre que celle du pôle BMP. Ainsi, les exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 sont traitées par un binôme médical-paramédical dédié. Ce site pourra éventuellement être une ressource dans le développement du projet.

3.2.4.4. La MTRH, une délégation en plein essor

Suite aux explorations menées, nous pouvons conclure que la MTRH n'est pas une singularité de l'AP-HP mais y est fortement représentée.

Confiée à un cadre, la MTRH se retrouve sous d'autres appellations dans d'autres structures. Mise en place progressivement depuis la constitution des pôles, elle conduit régulièrement à un poste à temps plein au fur et à mesure de la délégation complète de la gestion des RH. Un apport de connaissances spécifiques à la RH devient primordial pour mener à bien les missions confiées.

Par sa composante d'accompagnement des carrières et de gestion des compétences, la MTRH est un atout remarquable pour travailler sur la norme qualité au travers de sa dimension de formation des professionnels paramédicaux et par là même construire un projet de formation.

4. La norme qualité NF EN ISO 15189, dans son volet ressources humaines, au service du projet de formation des professionnels paramédicaux de biologie.

Commanditaire, le cadre supérieur du pôle BMP me missionne d'une part pour participer à l'accréditation du laboratoire par la réponse aux exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 et d'autre part pour construire un projet de formation des professionnels paramédicaux au sein du pôle.⁵⁷

Chef de projet, ma motivation pour la conduite de ce projet est double. Tout d'abord, ce projet est la poursuite de mon engagement dans la gestion des RH du pôle BMP en qualité d'adjointe du référent RH du pôle (et titulaire de la MTRH à partir de septembre 2013). Actuellement plus spécifiquement missionnée dans le domaine de la formation continue du personnel paramédical, je suis identifiée comme interlocuteur privilégié par la Cellule du développement professionnel et de la formation.

Ensuite, le projet participe à l'obligation réglementaire du laboratoire de répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 pour l'ensemble de son activité avant le 1^{er} novembre 2016.

Le projet confié s'inscrit donc dans mon environnement et mon positionnement professionnels.

Par ce projet, j'ai la volonté de transformer une obligation réglementaire en opportunité pour développer un véritable projet managérial de formation du personnel paramédical du pôle. La construction d'un projet de formation est incontournable pour conduire à l'acquisition de nouvelles compétences et à la pérennisation de la qualification du personnel dans le but de son habilitation.

La note de cadrage⁵⁸ a été un support de négociation avec le commanditaire dans la définition du projet. Elle synthétise ses principaux éléments dont certains sont développés infra.

⁵⁷ Cf. Annexe 3. Lettre de mission.

⁵⁸ Cf. Annexe 4. Note de cadrage.

4.1. Les points clés du projet managérial

4.1.1. Le contexte et le périmètre

Le projet comporte deux volets, le premier relatif à la norme NF EN ISO 15189, le second lié à la formation du personnel paramédical du pôle.

Il s'insère dans le projet qualité de l'établissement et celui du pôle BMP. Le laboratoire du GHU PSL-CFX s'engage en étroite collaboration avec la Direction Générale, la Direction de la Qualité et les Directions fonctionnelles dans la démarche d'accréditation avec l'obligation de répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 15189. Il répondra aux exigences qui concernent les RH.

Le projet couvre également un champ du décret de 2008 concernant la FPTLV et évoluera en intégrant les obligations du DPC. En complément, les professionnels confrontés aux mutations professionnelles induites par la restructuration de la biologie du pôle bénéficieront de son appui dans la modification de leurs pratiques et l'acquisition de nouvelles compétences.

Le périmètre du projet est délimité par le pôle BMP. Une fois déployé et fonctionnel, sa portée pourra s'étendre à d'autres pôles de Biologie mais également à d'autres pôles hors Biologie, la thématique de la formation ne relevant pas spécifiquement de la Biologie.

Le focus sera fait sur les exigences de la norme NF EN ISO 15189 relatives au personnel paramédical. Les autres exigences de la norme ne seront donc pas traitées ici.

4.1.2. Les acteurs

L'identification exhaustive des acteurs impliqués ou concernés par le projet participe à sa réussite au travers de l'examen des rôles de chacun, ci-après développé. Elle a été un appui pour définir la stratégie de communication.

ACTEURS IMPLIQUES	ACTEURS CONCERNES
Le cadre supérieur de pôle : commanditaire du projet et responsable paramédical du pôle.	Le chef de pôle : chef du laboratoire et responsable du pôle.
Le référent RH du pôle, cadre supérieur en mission transversale RH sur le pôle : participe aux réflexions RH du pôle.	Les professionnels paramédicaux du pôle : bénéficient de la mise en place du projet.
Le responsable qualité du pôle, cadre supérieur en mission transversale Qualité sur le pôle : associé au projet sur son volet « Norme NF EN ISO 15189 ».	Le consultant AFNOR : réalise les formations en lien avec la norme NF EN ISO 15189.
Les cadres supérieurs et cadres de proximité des services du laboratoire : déploient la démarche qualité dans leurs services et sont responsables de la formation des professionnels paramédicaux.	La Direction Qualité : fait partie de la Cellule de management de la qualité, pilote la démarche d'accréditation en lien avec le chef de pôle.
Les référents RH du GHU PSL-CFX : prennent part à une table ronde.	
La Direction des Ressources Humaines : sollicitée sur certaines exigences de la norme	
Le responsable de la Cellule du développement professionnel et de la formation : sollicité sur certaines exigences de la norme et pour l'extraction de données.	

4.1.3. En réponse aux enjeux, des objectifs à atteindre

Ce projet met en jeu d'une part l'autorisation à exercer du laboratoire par son accréditation COFRAC et d'autre part la qualité et la sécurité des soins par la garantie du haut niveau de qualité des prestations réalisées.

Au regard de ces enjeux, l'objectif premier est de répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 sur son volet RH et de construire un projet managérial de formation tout au long de la vie professionnelle du personnel paramédical.

Plusieurs objectifs secondaires le complètent :

- Contribuer au maintien et au développement des compétences, savoirs et savoir faire
- Identifier les potentiels et compétences internes pour permettre les évolutions de carrière et faciliter les réorganisations en lien avec la restructuration de la Biologie du pôle
- Accompagner les professionnels lors des évolutions structurelles du pôle et des avancées technologiques de la Biologie Médicale.

4.1.4. Les ressources et les coûts

Les principales ressources sont des ressources humaines (créativité, innovation et recherche) et matérielles (salle de réunion, fournitures de bureau).

Le projet se fait à budget constant mais mobilise du temps de professionnels : son coût correspond donc au temps des professionnels impliqués lors des démarches exploratoires, des entretiens, des ateliers de travail, des extractions et analyse de données⁵⁹.

4.1.5. Les leviers et les freins

La matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ou FFOP (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)⁶⁰ a été l'outil utilisé pour aider à définir la stratégie de développement du projet. En effet, elle combine l'étude des forces et faiblesses de l'organisation, ici le pôle, avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, ici essentiellement identifié comme le GHU PSL-CFX.

⁵⁹ Pas de coût de secrétariat : un temps de secrétaire n'a pas pu être dégagé lors de ce projet.

⁶⁰ Cf. Annexe 5 : MATRICE SWOT

Son analyse a conduit à préconiser des axes visant, d'une part, à mettre sous contrôle les faiblesses et se prémunir des menaces et, d'autre part, à consolider les forces et exploiter les opportunités.

Légitimée dans la conduite du projet par mon positionnement au sein du pôle, mon étroite collaboration avec la Cellule du développement professionnel et de la formation est un avantage supplémentaire. De plus, le réseau des référents RH du groupe hospitalier est une précieuse ressource.

Toutefois, le cadre normatif et règlementaire étant en évolution constante, une veille bibliographique est indispensable tout au long du projet. En outre, la rigidité des calendriers liés au projet et ma double fonction au sein du pôle doivent être prises en compte dans la définition des échéances pour les livrables du projet.

En raison des nombreux projets institutionnels et de pôle, la disponibilité des directions supports et de l'encadrement du pôle sont à prendre en considération. Il faut donc limiter les temps de regroupement tout en optimisant leur efficacité.

Ma connaissance relative de la norme est à compenser par un travail de recherche sur celle-ci et une collaboration étroite avec, d'une part, le responsable qualité du pôle et, d'autre part, l'équipe de référents qualité du pôle. L'impact positif de la dynamique d'amélioration continue de la qualité conduite par la Direction de la Qualité, l'actuelle implication des référents qualité des services du pôle et leur connaissance de la norme doivent faciliter le déroulement des étapes de réalisation.

La collaboration sensible entre responsables médicaux et paramédicaux est un point de vigilance non négligeable qui nécessite une communication appuyée auprès de ces professionnels pour limiter les décrochages. En parallèle, il est important de livrer au chef de pôle une information régulière sur le projet.

4.1.6. La structuration dans le temps

Le chef de pôle a engagé officiellement son laboratoire dans la démarche d'accréditation partielle le 20 décembre 2012. Ainsi le calendrier des livrables sera :

- Fin juin 2013 : réponses aux exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 élaborées, documentées et intégrées dans le système qualité du pôle,

- 4^{ème} trimestre 2013 : Audit COFRAC (date prévisionnelle)
- Janvier 2014 : présentation du projet de formation à l'ensemble des services du pôle et lancement d'une phase de test sur un service du pôle.
- Mars et avril 2014 : phase de réajustements du projet si besoin.
- Second semestre 2014 : phase de déploiement du projet formation.

Le diagramme de Gantt⁶¹ est l'outil utilisé pour planifier les actions au cours du projet. Evolutif, cette représentation graphique permet la visualisation des opérations réalisées et la programmation de celles à venir.

En parallèle de la planification des actions et préalablement au lancement du projet, la définition d'un plan de communication revêt un caractère central participant à la circulation d'une information actualisée et à un déploiement efficace.

4.2. Le plan de communication, un fil rouge essentiel

Structurant, le plan de communication est un élément majeur de la réussite du projet. Fil conducteur, il maintient le contact entre les différents acteurs et permet le recueil de leurs réactions, favorise les temps d'échanges et de négociations. La communication est réfléchie et construite en plusieurs étapes.

4.2.1. Une communication organisée

La première phase de communication a été la phase de sensibilisation. Elle a permis la présentation du projet, son origine, son périmètre et ses objectifs. Cette phase a démarré dès septembre 2012. Elle a concouru à une rapidité dans le lancement du projet et à une réactivité des acteurs, notamment pour s'impliquer dans les diagnostics de situation.

Puis, vient une phase de propositions qui a conduit à la définition des modalités de travail et à la formalisation des changements opérationnels. *Il s'agit de mettre sous forme de propositions plus ou moins ouvertes et formalisées les changements opérationnels et*

⁶¹ Cf. Annexe 6 : Diagramme de Gantt

leur faisabilité au regard des contraintes de terrain et de l'acceptation par ceux qui auront à les mettre en œuvre. »⁶²

Ensuite, la phase d'opérationnalisation va concerner le déploiement et l'expérimentation des changements dans l'organisation. Cette étape favorisera les échanges entre les professionnels de terrain, l'encadrement et les différents acteurs du projet pour conduire à d'éventuelles actions correctives.

Enfin, le plan de communication se terminera par une phase de stabilisation qui consistera à s'assurer du déploiement durable, d'une part des réponses apportées aux exigences RH de la norme et d'autre part de la formation permanente des professionnels telle qu'elle a été réfléchi. Durant cette période, l'évolution des réalisations sera contrôlée et évaluée. La communication sera ajustée si la situation le requiert.

La communication se décline sous deux formes : individuelle, essentiellement avec les acteurs clés, et collective, lors des réunions mensuelles de l'encadrement paramédical du pôle. Elle s'effectue à chaque étape du projet et tient compte des points de vigilance ciblés lors du SWOT et au cours du déploiement du projet.

4.2.2. Une information individuelle

Pour réussir, le projet doit remporter l'adhésion du chef de pôle, du responsable qualité et du responsable de la Cellule du développement professionnel et de la formation du GHU PSL-CFX.

Le chef de pôle est le premier interlocuteur auquel a été présenté le projet qu'il a validé et soutenu. Le chef de pôle a ainsi affiché sa volonté d'une culture de formation au sein du pôle incluant une collaboration entre les équipes médicales et paramédicales. Lors de ce rendez-vous, le calendrier trimestriel des points d'étape a été établi.

Le cadre supérieur de pôle et le responsable qualité ont validé le projet managérial dans son ensemble. La note de cadrage et la lettre de mission ont fait l'objet de négociations lors des deux rendez-vous suivants. Des bilans d'avancée ont ensuite été réalisés de façon bimestrielle.

⁶² AUTISSIER David et VANDANGEON-DERUMEZ. Pas de changement sans adhésion des managers.

L'expansion Management, Review 3/2007, N°126. p.122

Enfin, le responsable de la Cellule du développement professionnel et de la formation a été informé individuellement de la démarche projet. Il a ensuite été mis à contribution à plusieurs reprises notamment au sujet de la FPC et du DPC.

Enjeu politique et stratégique, la communication individuelle est à compléter d'une communication collective auprès de l'encadrement de pôle.

4.2.3. Une information collective

L'information collective permet une information objective et transparente de l'ensemble de l'encadrement. Elle apporte une réponse globale aux questions et aux éventuels arguments défavorables au projet. Cette communication participe à la construction d'une « culture de pôle ».

La première communication a été précoce et a ensuite autorisé un déploiement rapide du plan d'action. L'intégration du projet dans un cursus de formation universitaire pour une contribution méthodologique a été précisée. Les phases de communication suivantes ont porté sur l'état d'avancement du projet, les problématiques rencontrées et ont ouvert sur des échanges constructifs renforçant l'appartenance au projet.

Le plan de communication du projet étant établi, il s'est agi ensuite de bâtir la réponse aux exigences RH de la norme NF EN ISO 15189.

4.3. Une réponse à la norme en trois étapes

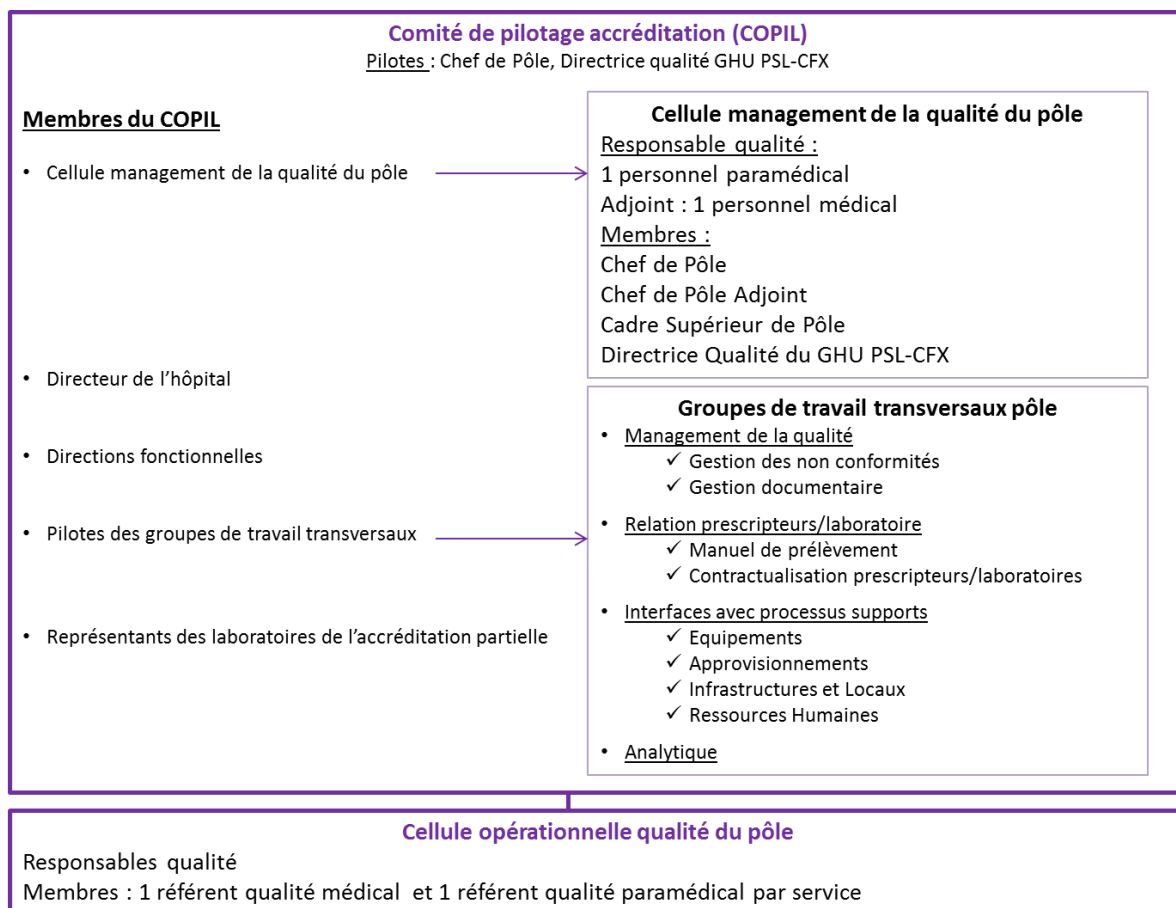
Le diagnostic qualité a été la première étape vers l'apport de réponses aux exigences de la norme.

4.3.1. Un diagnostic qualité pour l'identification des écarts aux exigences RH de la norme

En dehors de la période d'accréditation, la démarche qualité du pôle BMP est pilotée par l'exécutif de pôle, en lien avec la Direction qualité du groupe hospitalier, et s'appuie sur un responsable qualité, cadre supérieur en mission transversale qualité au sein du pôle.

4.3.1.1. Une organisation qualité tournée vers l'accréditation

Dans le cadre de l'accréditation du laboratoire, une organisation qualité spécifique est mise en place. Elle s'appuie sur la structure de gouvernance suivante :



- *Le comité de pilotage accréditation (COPIIL)*, instance de décision et de stratégie, détermine les thématiques de la norme NF EN ISO 15189 à traiter par les groupes de travail transversaux et s'appuie sur les bilans synthétiques présentés par les responsables qualité du pôle et les pilotes de chaque groupe de travail.
- *La cellule management de la qualité du pôle* définit la politique de qualité du pôle, pilote et coordonne la démarche qualité, approuve les documents qualité transversaux et autorise leur diffusion au sein du pôle.
- *La cellule opérationnelle qualité de pôle* est un lieu de transmissions d'informations et d'échanges : information sur la démarche d'accréditation, les documents transversaux et leur mise en application, retour d'information sur la mise en place de la démarche dans chaque service, partage d'expériences, préparation de la revue de direction.

- *Les groupes de travail transversaux* rédigent les documents qualité transversaux de la thématique traitée, en lien avec les autres groupes. Ces documents sont ensuite vérifiés par les référents qualité en lien avec les chefs de service.

Les groupes de travail sont constitués d'un ou deux pilotes (nommés par la Direction de pôle), de personnels médicaux et paramédicaux des services du pôle ainsi que de personnes des directions ou d'autres pôles du GHU PSL-CFX selon les domaines abordés⁶³. Parmi ces groupes, le groupe de travail « *Ressources Humaines* » traite des exigences de la norme en lien avec les RH.

Le groupe de travail Ressources Humaines (GTRH) est piloté par le chef de pôle et le cadre supérieur de pôle. Le GTRH fonctionne en deux sous-groupes distincts ; chaque responsable constitue et coordonne son sous-groupe.

Le premier sous-groupe, sous la responsabilité du chef de pôle, traite des exigences relatives au personnel médical tandis que le second, sous la responsabilité du cadre supérieur de pôle, s'occupe des exigences concernant le personnel paramédical.

Les travaux élaborés par chaque sous-groupe peuvent être présentés au GTRH lorsqu'un arbitrage se révèle nécessaire.

Par délégation, le cadre supérieur de pôle me missionne pour répondre aux exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 dans le champ du personnel paramédical.

4.3.1.2. L'identification des écarts

Les exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 sont traitées dans ses deux chapitres. Il a donc été nécessaire de passer en revue l'ensemble de la norme pour relever les exigences spécifiques aux RH qui y figurent et réaliser un état des lieux du niveau de réponse du laboratoire à ces exigences.

Le responsable qualité du pôle, pilote de la Cellule opérationnelle qualité, a été associé à cette étape. Sa connaissance approfondie de la norme et de l'état d'avancement de la documentation qualité au sein du pôle ont contribué à un diagnostic juste et précis.

⁶³ Seul le groupe « Validation de méthodes » est constitué uniquement de biologistes.

La méthodologie choisie a été celle de l'auto-évaluation. Méthode d'évaluation comparative, elle s'intègre dans une démarche d'amélioration de la qualité - ici elle en a été le point de départ - et autorise un diagnostic orienté vers l'action.

Le questionnaire d'auto-évaluation du COFRAC⁶⁴ utilisé lors du dépôt de dossier de demande d'accréditation n'a pas été retenu. En effet, à ce stade, la documentation qualité RH est trop peu aboutie pour que cet outil soit pertinent. Il pourra toutefois être utilisé en fin de projet comme critère d'évaluation.

En conséquence, nous avons préféré construire nos propres grilles d'auto-évaluation⁶⁵, en nous inspirant de celles utilisées par la HAS dans ses rapports de certification et en nous appuyant sur deux documents complémentaires pour définir les éléments d'appréciation :

- le guide technique d'accréditation en Biologie Médicale SH GTA 01, non opposable, qui établit certaines recommandations,
- le recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des Laboratoires de Biologie Médicale SH REF 02, document opposable, complémentaire de la norme et du SH GTA 01.

Les grilles ont donc été structurées par élément d'appréciation. Elles recensent critère par critère les éléments de preuves et permettent l'identification des dynamiques d'action à mettre en place pour résorber les écarts⁶⁶.

Sur la base de ce diagnostic, le plan d'action a pu être bâti tant au niveau de la gouvernance que de la structure de travail.

4.3.2. La création d'un comité de pilotage et d'un atelier de travail

Le positionnement central de l'encadrement supérieur et de proximité du pôle a été indispensable car il a permis son implication à chaque étape de transformation. La définition du rôle et de l'engagement individuel a été clarifiée ; un contrat mutuel a été établi (règles de fonctionnement, planning des rencontres). Le plan d'action est ainsi construit autour de deux organes : le Comité de pilotage restreint RH (COPIL RH) et l'atelier de travail « Norme 15189 et RH ».

⁶⁴ COFRAC. Questionnaire d'auto-évaluation. Préparation de l'évaluation sur site selon la norme NF EN ISO 15189. SH FORM03. Révision 01. COFRAC Section Santé Humaine, 2011, 31p.

⁶⁵ Cf. Annexe 7 Grille d'auto évaluation Norme NF EN ISO 15189, volet Ressources Humaines.

⁶⁶ Ibid.

Le COPIL RH se compose du commanditaire du projet, du chef de projet, du référent RH et du responsable qualité du pôle. Dans le cadre de ses réunions mensuelles, il a validé les travaux des ateliers et a arbitré lorsque cela s'est avéré nécessaire.

En parallèle, il a été décidé que ce COPIL RH serait commun aux deux volets du projet, « Réponse aux exigences RH de la norme » et « Construction d'un projet de formation », pour éviter un décrochage entre les deux problématiques indissociables. En effet, le second volet concernant la formation complètera les réponses aux exigences RH de la norme apportées dans la première partie du projet.

Face aux échéances à court terme⁶⁷, le COPIL RH a validé la création d'une première structure de travail intégrant les dix référents qualité paramédicaux volontaires issus de chaque service. L'atelier de travail « Norme 15189 et RH » ainsi formé est représentatif de l'ensemble du laboratoire.

A ce stade, le diagnostic qualité est posé et le plan d'action est validé. L'atelier de travail a donc pu enclencher ses travaux au regard des dynamiques d'action proposées lors de l'auto-évaluation.

4.3.3. La réponse aux exigences RH de la norme

Les résultats de l'auto-évaluation ont été repris par l'atelier lors de sa première réunion. Il s'est ensuite réuni bimensuellement. Les actions ont été répertoriées et déclinées en deux grandes familles, à l'exception de l'action répondant à l'exigence 5.1.6⁶⁸ qui a été menée dans le cadre de l'enseignement universitaire suivi par le chef de projet⁶⁹.

4.3.3.1. Les actions à transmettre ou à différer

Parmi la première famille, deux catégories d'actions ont été identifiées comme ne pouvant être prises en charge directement ou en l'état par l'atelier.

⁶⁷ Cf. Annexe 4. Note de Cadrage.

⁶⁸ Cf. Annexe 7. Exigence 5.1.6 Le personnel doit suivre une formation spécifique en assurance qualité et en management de la qualité pour les prestations proposées.

⁶⁹ Cette action a été intégrée au travail attendu pour l'U.E 2 « *Gestion économique et financière des prestations de soins.* »- ECUE 2 « *Pilotage de l'activité et des ressources soignantes* » du Master Management des Organisations Soignantes.

La première reprend les actions de l'exigence 5.1.10.⁷⁰ liées à l'identification des risques professionnels, à la constitution du Document Unique du Laboratoire et à l'intégration systématique de formations aux risques professionnels pour chaque professionnel. Par manque d'expertise interne, les membres de l'atelier ont sollicité le responsable du Département des conditions de travail et des relations sociales du groupe hospitalier afin qu'il participe à la démarche dans le cadre de ses missions institutionnelles. Deux phases de travail ont été identifiées et programmées⁷¹ : d'une part l'évaluation et la mise à jour du Document Unique de chaque service et d'autre part la construction du Document Unique synthétique du laboratoire et sa validation par l'instance dédiée. Ce plan d'action concourt ainsi à une validation du Document Unique du laboratoire pour fin septembre 2013. En parallèle, le référent RH a intégré les formations aux risques chimiques dans le plan de formation 2013 du pôle. Cependant, la systématisation de cette formation pour les nouveaux professionnels et la création d'un programme interne dédié ont été reportées dans le cadre de la seconde catégorie d'actions ne pouvant être traitées immédiatement.

La seconde catégorie correspond aux dynamiques évoquant la thématique de formation dans son caractère transversal au pôle. Pour être menées, ces actions nécessitent au préalable un diagnostic complémentaire quant à l'organisation de la formation au sein du pôle. Cette décision collégiale a confirmé le besoin d'un projet de formation permanente pour le personnel paramédical intégrant les dynamiques d'action évoquées.

4.3.3.2. Les actions menées par l'atelier « Norme 15189 et RH »

La seconde famille d'actions reprend les travaux qui ont été menés par l'atelier et qui ont conduit à l'écriture de documents qualité transversaux au pôle. L'atelier a été conseillé dans sa méthodologie par la consultante AFNOR, missionnée pour former les professionnels du pôle à la norme. Les fiches de fonction absentes et la procédure de gestion des personnels paramédicaux ont été les principaux documents établis.

Les fiches de fonction complémentaires ont été structurées sur la base des fiches métiers du « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière » ou, lorsque le

⁷⁰ Cf. Annexe 7. Exigence 5.1.10. Les employés doivent être formés pour éviter ou réduire les effets des incidents malencontreux.

⁷¹ Cf. Annexe 6. Diagramme de Gantt.

métier n'y figurait pas, sur la base des fiches métiers de la « Nomenclature AP-HP et Emplois/Métiers »⁷². Des ajouts ont été apportés lorsqu'il s'agissait de missions transversales spécifiques au pôle et non précisées dans ces fiches de référence. Les fiches de fonction déjà existantes ont été révisées sur ces bases. Elles ont majoritairement fait l'objet d'une incrémentation de leur version dans le système de documentation qualité.

La procédure de gestion s'applique à l'ensemble des paramédicaux du pôle BMP toutes fonctions confondues. Par ce fait, elle a été l'occasion de nombreuses discussions tant au sein de l'atelier qu'avec la DRH. Elle a également été l'objet de négociations lors de sa présentation au GTRH⁷³. A cette occasion, l'habilitation des paramédicaux a été le principal point débattu. Les accords trouvés avec le personnel médical ont conduit à une procédure de gestion déclinée en plusieurs thèmes : recrutement, habilitation, formation et dossier du personnel.

La procédure de recrutement a été écrite et convertie en logigramme. Validée par la DRH, elle intègre deux nouveaux enregistrements (« Fiche interne pour recours à l'équipe de suppléance » et « Fiche interne pour demande de recrutement ») créés pour améliorer la traçabilité interne du pôle. Dorénavant, la validation d'une demande de recrutement ou de recours à l'équipe de suppléance est tracée.

L'habilitation des professionnels a été définie en termes de responsabilités et de personnes compétentes. L'organisation de l'habilitation initiale, pour un nouveau personnel ou suite à un arrêt d'activité supérieur à six mois, et les conditions de la revue d'habilitation ont été arrêtées. Les grilles d'habilitation transversales au pôle ont été construites pour les différentes fonctions à l'exception de celle pour les TLM. Cette dernière est laissée à la responsabilité de chaque service en fonction de ses spécificités. Les grilles intègrent différents degrés d'habilitation et associent des critères et des spécifications. Elles ont été testées dans les services en portée initiale pour vérifier leur pertinence par rapport au terrain. Elles sont actuellement en cours de déploiement en fonction du degré d'avancement de chaque service dans la démarche d'accréditation.

La formation des professionnels a fait l'objet d'un second logigramme. L'ensemble de la documentation support existante a été listé. Des enregistrements d'actions de

⁷² Cf. Annexe 8. Tableau de concordance entre le « Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière » et la « Nomenclature AP-HP et Emplois/Métiers dans HRA - V4 - 19.10.2010.

⁷³ Pour rappel, le GTRH fonctionne en deux sous-groupes distincts, le premier médical et le second paramédical, les travaux de chacun pouvant être présentés lors de la réunion trimestrielle du GTRH regroupé.

formation internes ou externes au pôle ont été ainsi identifiés. Les acteurs de la validation des enveloppes budgétaires, du plan de formation et des actions de formation ont été précisés. Des échanges avec le Département Formation du siège de l'AP-HP ont été nécessaires pour que le référent RH bénéficie d'un niveau d'habilitation supérieur sur la base de données HR Access : il accède désormais à la consultation du dossier formation informatisé des professionnels et peut vérifier les mises à jour. En collaboration avec le responsable de la Cellule du développement et de la formation du groupe hospitalier, un espace informatique sécurisé et partagé entre le pôle et le Service formation a été créé. Face à l'intérêt de tous les pôles pour cet outil, l'espace leur a été immédiatement ouvert. Il évite les nombreuses diffusions hebdomadaires par mail et donne accès à une information partagée et actualisée. Interactif, l'espace dédié à chaque pôle reprend spécifiquement les informations sur les enveloppes budgétaires et leur évolution, le plan de formation et son taux de réalisation. Actif depuis avril 2013 et en phase de tests jusqu'en septembre 2013, des évolutions sont encore à prévoir. Aussi, l'existence et les modalités de fonctionnement de ce nouvel espace ne sont pas encore intégrées à la procédure de gestion des paramédicaux.

Le dossier personnel du professionnel est la dernière partie de la procédure de gestion des paramédicaux. La définition de ses éléments constitutifs, leur durée de conservation et leur répartition entre la DRH et le service d'appartenance ont été déterminées en collaboration avec le Directeur des RH. La responsabilité de la garantie du niveau d'études réglementaire a été définie. Un audit interne spécifique sera réalisé au dernier quadrimestre 2013 afin de vérifier le caractère sécurisé du lieu de conservation des dossiers au sein des services.

Ainsi constituée, la procédure de gestion du personnel paramédical est liée à l'ensemble des fiches de fonction, aux grilles d'habilitation, à l'enregistrement de la revue d'habilitation et aux enregistrements internes de sollicitation de l'équipe de suppléance et de demande de recrutement. Rédigée par l'atelier, elle a été vérifiée par le Directeur des RH.

Les travaux de l'atelier « Norme 15189 et RH » évoqués supra ont été approuvés par la Cellule management de pôle et intégrés dans SuriQuat, logiciel institutionnel de gestion du système documentaire qualité du groupe hospitalier. Ils ont permis de répondre à la première tranche de la commande du projet. Pour répondre à la seconde partie, il est

apparu nécessaire de compléter ces travaux par la conception du projet de formation permanente des professionnels paramédicaux.

4.4. Vers un projet de formation des paramédicaux tout au long de leur carrière

La première étape de cette seconde phase de projet a consisté à établir un bilan de la formation au sein du pôle.

4.4.1. Un état des lieux de la formation au sein du pôle

4.4.1.1. Une construction de la FPC selon un schéma institutionnel

L'organisation de la FPC au sein du pôle suit un schéma d'organisation proposé par le GHU PSL-CFX.

Ainsi, le plan de formation est structuré autour :

- du recensement des besoins de formation formalisé lors de l'entretien professionnel de formation (entretien réalisé dans le même temps que l'entretien professionnel d'évaluation)
- des formations institutionnelles exigibles (telle « la mise en œuvre de la filière bio déchets » pour la thématique « Déchets »), des formations à recommandations institutionnelles (comme « le transport des échantillons biologiques » pour le thème « Risques biologiques ») et des formations à l'initiative du groupe hospitalier (par exemple « l'accréditation des laboratoires » dans le domaine de la « Qualité »).

Sur cette base, les axes prioritaires du plan sont définis selon les projets d'établissement, de pôle et de services. Le référent RH centralise, analyse et priorise les actions de formation du pôle en fonction des axes retenus. Chaque axe prioritaire donne lieu à une demande d'enveloppe budgétaire. Ensuite, les arbitrages décidés par la DRH aboutissent à la fixation du montant définitif de l'enveloppe globale déléguée au pôle. Enfin, tout au long de l'année, le référent RH valide les demandes de formation, en vérifie la réalisation et s'assure du respect du budget délégué.

En illustration, en 2012, l'enveloppe déléguée s'est montée à 19 300 €. Elle a été consommée à 99 %. 1 262 journées de formation ont ainsi pu être réalisées dont 1 072 pour les TLM. 382 professionnels ont bénéficié d'une action de formation soit 86% des paramédicaux. Ce fort taux de formation est lié à l'effort fourni au niveau de l'exhaustivité

du recensement de l'ensemble des formations réalisées (internes et externes) et à la volonté d'optimiser l'utilisation de l'outil FPC au sein du pôle.

Néanmoins, la FPC n'a pas suffi à couvrir l'ensemble des besoins. En effet, si le budget accordé a été de 19 300 € en 2012, l'estimation initiale des besoins était de 39 000 €. La priorisation des actions de formation a donc essentiellement été basée sur des critères règlementaires et financiers. L'enveloppe déléguée évoluant peu, le contenu du plan est relativement similaire d'une année sur l'autre. Cette constance est en contradiction avec l'évolution rapide de la biologie médicale, de ses métiers et la perpétuelle nécessité d'adaptation à l'emploi. Pour 2013, les négociations ont conduit à une enveloppe déléguée d'un montant de 28 000 €. Cette évolution positive est en partie liée à l'obligation d'intégrer de nouvelles formations à caractère règlementaire ou à recommandations institutionnelles.

4.4.1.2. Une évaluation des forces en présence

Sur la base de cette contradiction, un diagnostic de situation de la formation au sein du pôle a été réalisé.

A cette fin, l'entretien semi-directif individuel a été la méthodologie retenue. Méthode qualitative, elle favorise l'expression libre sur des thèmes ciblés. Outil indispensable pour cerner les logiques d'action, l'entretien induit une introspection, une mise à jour des pratiques managériales individuelles. Ici, il a visé à rechercher la position managériale et la culture de la formation dans le service, la perception de la FPC et les modalités d'utilisation de cet outil, le niveau de connaissance du DPC, les domaines d'intervention à améliorer et un possible intérêt pour une participation au projet.

Les interlocuteurs incontournables ont été les cadres ou cadres supérieurs responsables de la formation et de l'évaluation des professionnels paramédicaux du pôle. En effet, l'encadrement a une place centrale dans cette démarche. Donner la parole à ceux qui pratiquent le management (puisque former est un acte de management) a permis d'aboutir non pas à des recettes « clé en main » mais à de nouvelles approches de formation après compréhension des pratiques, de leur mode d'appréhension et des difficultés rencontrées. Il s'agit bien là de « *tracer des pistes alternatives en matière de*

formation qui prennent en compte la parole et la pratique ». ⁷⁴ Acteur, moteur et facilitateur, l'encadrement est au cœur du projet.

Neuf cadres ont été recensés au titre de cette démarche. Leur implication dans de multiples projets en cours de déploiement et leur forte mobilisation par de nombreuses réunions ont impacté la communication autour de l'entretien.

En conséquence, une première information généraliste a été partagée lors de temps informels pour qu'ils bénéficient d'une vision globale de cette partie du projet et des thématiques qui seront abordées. En complément, un mail reprenant les éléments clés a d'une part créé les conditions de recueil de données dans un temps imparti et d'autre part assuré une prise de rendez-vous formalisée et indépendante des temps de regroupement de l'atelier de travail. Ce mail, trame générale souple et base commune de communication à un temps donné, a également rendu possible la préparation de la rencontre par l'interviewé.

75

Deux entretiens ont permis de tester la pertinence du mail, le questionnement, la reformulation et la clarification. Ces deux tests ont permis de préciser quelques questions ; ils n'ont pas été intégrés dans l'analyse des résultats de l'enquête.

Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont été enregistrés avec l'accord des cadres, puis retranscrits.

Le plan d'action a été bâti en tenant compte du fait que huit des neuf professionnels interrogés étaient également référent qualité paramédical de leur service et donc déjà acteurs de l'atelier « Norme 15189 et RH ».

4.4.2. L'extension des missions de l'atelier « norme 15189 et RH »

L'implication des interviewés dans l'atelier « Norme 15189 et RH » et leur volonté de s'engager dans la formation des professionnels du pôle ont conduit à penser que l'extension des missions de l'atelier déjà existant pouvait être le scénario à retenir pour la poursuite du déploiement du projet. Il tenait compte à la fois du caractère déjà fonctionnel de l'atelier et du lien indissociable entre les exigences RH de la norme et la formation des

⁷⁴ LE GOFF Jean-Pierre. *Les illusions du management*. La découverte. Paris : La découverte, 2000, 163p.

⁷⁵ Cf. Annexe 9 : Mail d'information - entretien individuel.

paramédicaux. La poursuite du contrat mutuel, avec une éventuelle redéfinition des rôles, assurerait une opérationnalité rapide du groupe et un gain d'énergie par rapport à un éventuel réinvestissement dans un nouveau groupe de travail.

Après la validation du COPIL RH, ce scénario a été proposé aux membres de l'atelier. Deux référents qualité, non responsables de la formation au sein de leur service mais extrêmement impliqués dans le projet de restructuration de la Biologie du pôle, ont souhaité se retirer afin de se concentrer sur cette restructuration. Compte tenu de la charge de travail de chaque protagoniste, il a été décidé que l'analyse des entretiens et la proposition des axes de travail seraient réalisées par le chef de projet et que l'atelier de travail validerait et prioriserait les axes retenus.

4.4.3. L'analyse des résultats et ses tendances

L'analyse des résultats a exprimé les représentations de la formation sous l'angle managérial et a fait ressortir plusieurs tendances.

Assimilée à un « *outil aux multiples fonctions* »⁷⁶ (adaptation à l'emploi, remise à niveau, évolution professionnelle ou reconversion et enrichissement personnel), la formation est confrontée à l'évolution rapide de la Biologie médicale dont elle ne peut suivre le rythme. Ainsi, la formation initiale ne suffit plus, l'actualisation des connaissances est indispensable et la FPC est dépassée. De ce fait, les liens entre les évolutions de la discipline et la nécessaire mise à jour des connaissances sont faits d'une part en impliquant les TLM aux projets d'innovation et de recherche translationnelle (seule une faible proportion de TLM est concernée) et d'autre part en assurant des formations internes conduites majoritairement par les médecins ou les biologistes.

Les plans de formation des services sont réalisés selon les recommandations institutionnelles et s'appuient sur les outils à disposition. Cependant, la FPC est assimilée à un « *outil d'homogénéisation des compétences* » aujourd'hui peu piloté car « *l'estimation des écarts à combler est peu ou mal évaluée* »⁷⁷. Le calendrier institutionnel lié au plan de formation est considéré comme étant inadéquat. En effet, il conduit à une détermination tardive du budget délégué. Cette information est donnée au cours du second trimestre de

⁷⁶ Verbatim recueilli au cours des entretiens semi-directifs.

⁷⁷ Ibid.

l'année et crée une difficulté de prise en charge pour les formations programmées sur le premier trimestre.

Le focus sur la FPC pointe une offre de formation dédiée à la Biologie trop restrictive et peu présente au niveau de l'Institution. Lorsque l'offre existe, « *les programmes proposés sont inadaptés aux besoins* »⁷⁸ car souvent très éloignés des situations de travail réelles. De plus, l'absence de formations novatrices conduit à la reconduction de programmes d'une année sur l'autre, ce qui les rend peu attrayants pour les professionnels généralement présents depuis plusieurs années dans le pôle. En parallèle, les enveloppes budgétaires limitées freinent l'ouverture à de nouvelles offres, de plus en plus européennes. Enfin, la mise à disposition des professionnels pour des actions de formation devient complexe pour l'encadrement confronté à des effectifs de plus en plus restreints. Par conséquent, les services se sont adaptés en développant d'autres modalités de formation que celles proposées dans le cadre de la FPC.

De fait, le pôle dispose d'une richesse interne de formations variées. Parmi l'ensemble des éléments relevés⁷⁹, l'implication médicale, la diversité des modalités de formation et l'appui sur des financements extérieurs sont à mettre en exergue. Aujourd'hui, cette diversité de formations n'est pas valorisée et reste donc méconnue au sein du pôle. En outre, en l'absence de connaissance du DPC, l'encadrement n'est pas en mesure de faire le lien avec leur importance dans le cadre des programmes de DPC à déployer.

A l'inverse, face à l'enjeu de l'accréditation du laboratoire, objectif prioritaire du pôle, la formation au management de la qualité est structurée au sein du pôle. Le positionnement au niveau macroscopique, c'est-à-dire le pôle, autorise des actions au niveau microscopique, les services. Ainsi le déploiement du système de management est transversal et chacun considère bénéficier d'outils et de conditions d'accès à l'information identiques. Si « *l'accréditation ne change pas la façon de voir la formation* », elle crée les conditions d'une dynamique d'actions et renforce la « *volonté d'une culture de formation transversale* »⁸⁰.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Cf. Annexe 10. Modalités de formations internes au pôle et attentes de l'encadrement vis-à-vis d'un projet de formation pour les professionnels paramédicaux.

⁸⁰ Verbatim recueilli au cours des entretiens semi-directifs

Considéré comme un « *devoir d'accueil et de formation des futurs professionnels* »⁸¹, l'accueil des stagiaires est organisé autour du tutorat. Il est présent dans l'ensemble des services mais sous formes diverses. Aujourd'hui, les tuteurs bénéficient d'une information semestrielle sur les programmes et objectifs de stages des seuls étudiants issus de l'Institut de Formation des Techniciens de Laboratoire Médical intégré à l'Institution. Seuls trois services confient aux stagiaires un sujet pour lequel ils attendent un retour sur investissement. Dès lors, le travail réalisé est la « *mise sur rail* »⁸² d'une thématique ensuite poursuivie par un technicien ou un cadre. Afin de progresser dans la qualité d'accueil du stagiaire, l'encadrement souhaite améliorer l'organisation de son parcours dans le cadre de l'accréditation du laboratoire.

De même, les parcours d'accueil, d'intégration et de formation du nouvel arrivant dans un service sont à formaliser. Le compagnonnage est la forme d'accompagnement privilégiée par les services. Seuls deux services ont structuré leurs parcours de formation, notamment en mettant en place des critères et en s'appuyant sur les grilles d'habilitation.

En conclusion de cette analyse, l'encadrement, conscient des possibilités d'évolutions offertes par un travail commun, manifeste une volonté d'engagement et de créativité pour conduire le pôle vers de nouveaux horizons d'accueil, d'intégration et de formation de ses professionnels⁸³. Par ce biais, il souhaite valoriser les professionnels, fidéliser ses équipes et développer leur sentiment d'appartenance au service et au pôle. « *Animer et mettre de la vie* ».

Sur la base de ces tendances, des axes de travail ont été déterminés dans l'objectif de former autrement les professionnels, c'est-à-dire par une voie complémentaire à celle de la FPC.

4.4.4. Former autrement les professionnels paramédicaux

Cette approche offre une opportunité pour favoriser les conditions nécessaires au déploiement du DPC compte tenu de la contrainte réglementaire. Les priorités ont été

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid.

⁸³ Cf. Annexe 10. Modalités de formations internes au pôle et attentes de l'encadrement vis-à-vis d'un projet de formation pour les professionnels paramédicaux..

établies en confrontant les axes de travail approuvés avec les dynamiques d'action à mettre en place dans le cadre des réponses aux exigences de la norme NF EN ISO 15189. Ces étapes ont conduit à la validation de deux axes de travail majeurs : d'une part la formalisation de parcours pour les nouveaux arrivants et d'autre part, la définition de nouvelles modalités de formation dans une perspective de DPC. Chacun de ces axes a été complété par des préconisations.

4.4.4.1. La formalisation de parcours pour les nouveaux arrivants.

La formalisation de parcours pour les nouveaux entrants se déclinera en deux temps : tout d'abord en construisant un parcours collectif au niveau du pôle, puis en développant des parcours individuels au niveau des services.

Un parcours collectif d'intégration et de formation au niveau du pôle.

Un dispositif d'accueil, complémentaire à la journée d'intégration hospitalière dispensée par le GHU PSL-CFX, proposera des informations en termes de localisation et présentation des services, identification des acteurs clés. Les projets en cours seront exposés. Un parcours de découverte du pôle pourra être organisé. Un module complémentaire dédié aux futurs encadrants enrichira le dispositif par exemple par la présentation du contrat de pôle, de l'activité, des finances et des missions transversales d'encadrement.

Ce dispositif sera complété par un parcours de formations collectives, sur des thématiques transversales ciblées en fonction des métiers exercés. Afin de faciliter la compréhension des apprenants, une attention particulière sera portée à la qualité des échanges langagiers, basés sur un vocabulaire commun. En effet, Xavier Marchand⁸⁴ démontre leur importance pour rassembler des connaissances et des informations distribuées sur différentes personnes et amener à mieux comprendre les situations de travail exposées.

Un livret d'accueil du pôle complétera ce processus d'intégration et en reprendra les différentes étapes.

L'exploitation des expériences présentées lors de la table ronde menée pendant la phase exploratoire du projet étoffera les réflexions de l'atelier.

⁸⁴ MARCHAND Xavier. Consultant formateur à l'Ecole Supérieure Montsouris et au Conservatoire Nationale des Arts et des Métiers.

Des parcours individuels au niveau des services.

Première étape, en amont du travail collectif dans le service, le parcours d'intégration se déclinera en lien avec celui du pôle et selon les spécificités du service. Le livret d'accueil sera généralisé à tous les services.

Seconde étape, les parcours de formation individuelle seront raisonnés afin que l'apprenant puisse s'appuyer sur des séquences de formation permettant l'acquisition progressive de connaissances et de compétences. Certaines étapes de ce parcours pourront constituer des points de passages obligés, d'autres être optionnelles. L'apprenant s'appropriera ainsi « son propre chemin ».

Acteurs importants de la formation, tuteur et compagnon devront disposer des moyens nécessaires pour être en capacité d'accompagner et de former. Le manager jouera un rôle essentiel dans la mise à disposition d'un environnement facilitant où l'apprenant interagira avec autrui pour apprendre, se motiver et s'investir. La posture de tuteur ne s'improvise pas. *« Le choix du tuteur pour encadrer un jeune constitue également un facteur déterminant de la réussite ou non de cette formation. On ne saurait imposer la fonction de tuteur »*⁸⁵.

Dans cet espace, le tutorat et le compagnonnage seront repensés pour donner accès à tout ce que la théorie et le prescrit omettent : *« Tous ces savoir-y-faire s'acquièrent dans le feu de l'action, par l'expérience, par la pratique répétée des traitements « à chaud » des problèmes professionnels, par approximations réalisées au coup par coup, par la récurrence des situations similaires ou proches, par le traitement systématique des retours d'expérience, par le travail en doublure en ou relation de compagnonnage »*⁸⁶. Ainsi, le travail réel des professionnels intégrera les dispositifs de formation pour conduire à des organisations de travail qui gagnent en efficacité. A cet effet, des supports de formation communs seront bâtis. Leur lien avec la réalité du travail facilitera leur appropriation par l'apprenant et le sachant.

Par ailleurs, Jean-Pierre Le Goff suggère de réaliser les formations lorsqu'elles peuvent venir se greffer à l'expérience de l'apprenant ; il peut ainsi accrocher la théorie à sa propre expérience⁸⁷.

⁸⁵ LE GOFF Jean-Pierre. *Les illusions du management*. La découverte. Paris : La découverte, 2000. p.119

⁸⁶ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence*. Paris : Eyrolles, 2010. p.31

⁸⁷ LE GOFF Jean-Pierre. *Les illusions du management*. La découverte. Paris : La découverte, 2000. p.46

Les parcours de formation ne pourront être conçus sans prendre en compte les spécificités et les caractéristiques d'une population d'apprenants de plus en plus âgés. Cet aspect est à considérer au vu de l'évolution sociétale et de la pyramide des âges du pôle. A ce propos, pour Dominique Cau-Bareille la conception et l'organisation des formations constituent deux facteurs clés pour un apprentissage facilité malgré la modification des processus cognitifs liés à l'avancée en âge⁸⁸. L'auteur met en avant la nécessité d'une réflexion en amont des formations : identifier les compétences maintenues et à développer, prendre en compte le « *besoin de réassurance* » du professionnel, créer les liens entre activité initiale et future pour un « *transfert entre les situations antérieure et nouvelle* » et « *un rapatriement rapide des éléments de l'expérience* »⁸⁹. En parallèle, la création de « *binômes mixtes ancien-jeune* » pour atténuer la différence de maîtrise des contenus de formation apparaît comme un processus d'entraide important entre senior et junior⁹⁰.

A une structuration de la formation des nouveaux entrants telle qu'elle vient d'être décrite, doit s'ajouter la mise en perspective des formations dans le cadre du DPC.

4.4.4.2. Des formations dans une perspective de DPC.

Le DPC est l'affaire de tous.

Faire connaître le DPC est une nécessité tant au niveau de l'encadrement qu'à celui des professionnels paramédicaux du pôle. A cette fin, des temps d'information à destination de l'encadrement seront organisés. Ainsi démystifié, le DPC prendra du sens et l'adhésion des cadres sera facilitée. L'information concernera les enjeux du DPC, ses modalités de déploiement au sein de l'Institution, du groupe hospitalier et du pôle. Il s'agira ensuite de réfléchir aux modalités de communication auprès des professionnels paramédicaux afin qu'ils comprennent à leur tour les enjeux et les opportunités de cette évolution. L'encadrement sera le vecteur de l'intégration de cette nouvelle culture.

Mettre en lumière et adapter les pratiques de formation actuelles.

L'obligation de DPC devient une opportunité pour transformer ou transposer les pratiques de formation existantes en méthodes et modalités de formations préconisées par

⁸⁸ CAU-BAREILLE Dominique. Les formations peuvent s'adapter aux salariés âgés. *Entreprises et Carrières*, 23 au 29 octobre 2012, N°1115, pp. 30-31.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

la HAS. Parmi elles, certaines pourront participer à l'acquisition de connaissances générales relatives à la biologie médicale. Ainsi, une fois les modalités de formation actuelles transposées selon les préconisations HAS, il s'agira d'établir celles qui pourront être développées au sein du pôle. A cette occasion, la collaboration entre les professionnels médicaux et paramédicaux sera analysée. La participation médicale à l'atelier sera proposée afin de croiser les regards et ouvrir les possibles.

Développer le e-learning.

Le e-learning autorise l'engagement dans des actions de formation largement diffusables et adaptables. Actuellement également proposée en association d'une formation en présentiel, cette modalité pédagogique se développe et pourrait être prochainement proposée au secteur de la santé, dans un premier temps sous forme de « *modules spécifiques métiers* »⁹¹. L'expérience vécue par une fondation du Nord-Pas-de-Calais rassemblant des établissements sanitaires et médico-sociaux montre que ce dispositif complète le plan de formation et répond « *aux priorités règlementaires du développement professionnel continu* » ; pour cette fondation il « *offrira désormais chaque année un accès considérable à la formation pour tous* ».⁹² Ainsi, une attention particulière sera accordée à la mise à disposition de ce dispositif e-learning sur le marché.

Lors de son déploiement dans le pôle, la question de l'encadrement des apprenants sera à traiter lorsque la formation ne sera pas assurée en présence d'un formateur.

Construire des programmes de formation propres au pôle.

Les Instituts de formation, l'Institution, le groupe hospitalier et le pôle représentent une somme de connaissances considérables qu'il s'agira de potentialiser pour concevoir des programmes de formation internes au pôle. La mise en valeur des professionnels du pôle participera à leur fidélisation par la reconnaissance de leurs savoirs, expertises et savoir-faire rares. Pareillement, elle facilitera les futures collaborations, renforcera celles existantes ainsi que la performance collective.

L'homogénéité des publics concernés devra être recherchée ainsi qu'un niveau de littératie et un mode langagier adaptés à chacun d'entre eux. Ainsi, la représentation commune sera facilitée et pourra guider l'action.

⁹¹ L.G. *Entreprise & Carrières*, N°1134 - du 5 au 11 mars 2013, pp 28-29

⁹² Ibid.

S'ouvrir à des modalités de formation innovantes pour le pôle.

Pour Yves Clot, « les « manières d'apprendre » ont été rapprochées des « manières de faire ». Mieux les secondes ont été vues comme la base des premières. Le contenu des activités de travail et son analyse ont alors été regardés comme un moyen pour apprendre »⁹³. C'est sur l'identification des savoirs détenus par « ceux jugés bons » et sur leur partage que repose le développement des compétences des professionnels non experts.

Ainsi, faire exister le travail réel permettra d'en comprendre les exigences et conduira à développer des actions de formation valorisant les pratiques professionnelles et les savoir-faire issus de l'expérience.

A ce sujet, Paule Bourret valorise l'apport des partages de savoirs et propose de favoriser les échanges sur les pratiques par la « mise en discussion » de professionnels face à des images filmées⁹⁴. Ce type d'échange « rend possible le partage des savoirs nécessaires »⁹⁵ pour assurer l'activité sans stigmatiser le professionnel dont la pratique est à améliorer.

Sur ce principe, une innovation au sein du pôle pourrait être celle de l'autoconfrontation⁹⁶. Réalisée en présence de novices et de professionnels expérimentés, elle autorisera la compréhension des zones de non compétences. Par le « faire dire », elle constituera « une opportunité de développement de compétences pour les novices » et donnera « la possibilité d'échanges de pratiques »⁹⁷ alors que les possibilités de travailler « en doublure » avec les professionnels confirmés se raréfient au quotidien.

De façon transverse et en appui des préconisations présentées supra, les fiches techniques proposées par le Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques constitueront une ressource précieuse lors du développement de chaque axe de travail.

⁹³ CLOT Yves. *La formation par l'analyse du travail. Pour une troisième voie* in B.Maggi (dir.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*. Paris : PUF, 2000. p.135

⁹⁴ BOURRET Paule. *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2011. p.107

⁹⁵ Ibid. p.101

⁹⁶ La démarche d'autoconfrontation est un dispositif d'analyse du travail consistant à confronter un ou plusieurs participants à une activité en le(s) incitant à la commenter, en présence d'un interlocuteur.

⁹⁷ BOURRET Paule. *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2011. p.101

La compétence relève d'un professionnalisme à organiser ; elle se construit. C'est bien le dispositif qui fait compétence et non uniquement les ressources personnelles. Une collaboration avec l'organisme formateur, une prise en charge ou un repérage individuel, l'utilisation d'un langage connu et commun, la programmation des formations à des moments clés du parcours professionnel et un temps d'explicitation préalable avec les professionnels contribueraient subséquemment à améliorer l'efficacité des actions de formation.

Pour former autrement, le développement des collaborations, la création de nouvelles formes d'apprentissage, l'exploitation optimale des ressources internes et transversales seront explorés. L'ouverture des formations à l'ensemble du pôle concourra au décloisonnement des services et favorisera les interactions entre professionnels de différents métiers. L'introduction de temps de formation interprofessionnelle participera au développement d'une culture professionnelle commune. Outre le repère identitaire et le sentiment d'appartenance développé par les professionnels, le pôle bénéficiera d'une valorisation et d'une amélioration de son image de marque.

4.5. Evaluation du projet managérial

Le projet managérial sera évalué par le suivi de deux séries d'indicateurs. Une fiche sera créée pour chaque indicateur. Basée pour partie sur les fiches proposées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)⁹⁸, la fiche reprend uniquement la première partie « Méthodologie ». En effet, la seconde partie, « Retour d'expérience », n'est à ce jour pas exploitable au vu de l'absence d'exemple ou de données issues des chantiers réalisés par l'ANAP.

A ce stade, la première série d'indicateurs évalue la réponse aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 dans son volet RH. Utiles dans le pilotage du management de la qualité, deux indicateurs ont été retenus⁹⁹ :

- Indicateur N°1 : Nombre de documents qualité approuvés ou révisés
- Indicateur N°2 : Nombre d'écarts à la norme NF EN ISO 15189 en lien avec la thématique RH, relevés par les auditeurs.

⁹⁸ ANAP. Piloter l'activité, mesurer l'efficacité. ANAP, Février 2010, 81 p.

⁹⁹ Cf. Annexe 11. Fiches indicateurs d'évaluation

La seconde série d'indicateurs est en cours de finalisation au sein de l'atelier de travail. Elle concerne l'évaluation du projet de formation tout au long de la carrière des professionnels paramédicaux. A ce jour, deux indicateurs pourraient être retenus ¹⁰⁰:

- Indicateur N°3 : Taux de professionnels paramédicaux ayant bénéficié d'au moins une formation annuelle
- Indicateur N°4 : Résultat de l'enquête satisfaction des professionnels aux différentes étapes du parcours professionnel

Ils seront à consolider, entre autres par des indicateurs de suivi du DPC.

¹⁰⁰ Ibid.

CONCLUSION

Dans un contexte où les hôpitaux sont sous pression et en compétitivité, le niveau des exigences de productivité, de compétence et de qualité demandé est bien supérieur à celui qui était attendu dans un passé encore récent.

A ce jour, les LBM ont à prouver leur engagement dans la démarche qualité et leurs professionnels doivent être habilités. A partir du 1^{er} novembre 2016, un laboratoire non accrédité ne sera plus autorisé à exercer ; lors de la visite de certification, une réserve majeure sera identifiée et un sursis à la décision de certification de l'établissement sera décidé par la HAS.

Répondre aux exigences RH imposées par la norme NF EN ISO 15189 a constitué une opportunité pour initier le projet de formation permanente des professionnels paramédicaux du pôle et aller vers la garantie d'un niveau de qualification pérenne des professionnels.

A cette fin, les managers ont été intégrés au projet dès son amorce. Partageant une histoire commune, ils ont été positionnés dans une fonction de guide dans l'objectif de donner du sens à l'action et de convaincre par le partage d'idées.

Une fois la part de réponses directes apportées aux exigences RH de la norme, l'approche retenue a été celle de « former autrement » les paramédicaux du pôle. Les deux axes prioritaires ont été la formalisation de parcours pour les nouveaux arrivants et la création (ou adaptation) de formations dans une perspective de DPC. Si des préconisations ont été formulées, elles restent à développer. Lorsque ces étapes seront réalisées, le projet se poursuivra par l'organisation de la logistique autour des actions de formation et l'évaluation de la satisfaction des participants à l'issue de toute action de formation.

L'exigence de former autrement est plus que jamais d'actualité au moment où le fossé entre les générations apparaît. Former en réseau, en intégrant les nouvelles techniques d'information et de communication participera à la défense de l'établissement et du pôle, à leur positionnement face à la concurrence. Le challenge sera de manager la performance des équipes en anticipant les transferts des expertises face aux évolutions démographiques. Il s'agira également d'éviter la migration des talents et des fonctions d'expertise en les mobilisant et en les valorisant. En parallèle, sous deux ans, le projet a vocation d'être un appui à l'adaptation et à l'accompagnement des professionnels dans les

changements liés à la restructuration de la biologie et dans l'apparition de nouveaux métiers pour le TLM.

Pour répondre aux attentes, le projet devra se poursuivre en gardant la souplesse nécessaire pour s'adapter aux futures évolutions.

D'ores et déjà, le prochain déploiement du DPC au sein du groupe hospitalier constituera une base de consignes et de modalités auxquelles le projet devra s'adapter.

Par ailleurs, depuis avril 2013, la norme NF EN ISO 15189 est diffusée sous sa version révisée de Décembre 2012. La fin de la période transitoire est fixée au 1^{er} mars 2016, date au-delà de laquelle tous les LBM devront être conformes à cette dernière version. Les prochaines auto-évaluations seront donc à réaliser en intégrant les modifications normatives.

Enfin, la réforme de la biologie médicale est au cœur de l'actualité législative. Parmi les évolutions attendues, celles de l'article 7 où un objectif de 100% d'actes de biologie médicale devant être accrédités pour un horizon 2020 est discuté.

BIBLIOGRAPHIE

1. TEXTES LEGISLATIFS

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Chapitre II : Règles liées à l'exercice de la profession de technicien de laboratoire médical. Articles L4352-2 à L4352-9

CODE DU TRAVAIL. Loi n°59-960 du 31 juillet 1959 relative à diverses dispositions tendant à la promotion sociale. Journal officiel du 06/08/1959, p 7828.

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000511944 > (consulté le 10/11/2012)

CODE DU TRAVAIL. Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068411&dateTexte=20110411> (consulté le 10/11/2012)

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Journal officiel du 14/07/1983, pp 2174-2176

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=733434364A6AFD69984AA638234C22BB.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000000504704&categorieLien=id> (consulté le 10/11/2012)

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel n°179 du 2 août 1991, pp 10255

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=72DF5EB8D8ECF4BB0A78DBB39AB78314.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id> (consulté le 06/10/2012)

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel du 18 janvier 2002, p 1008

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=ADAC04CBA0C49A5F099EFFB6ABA5B3F6.tpdjo07v_2?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id> (consulté le 10/11/2012)

CODE DU TRAVAIL. Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, pp 7983-7998

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B3543397B62659576E763E2F9A27A9C0.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000613810&categorieLien=id> (consulté le 10/11/2012)

CODE DU TRAVAIL. Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique. Journal officiel n°31 du 6 février 2007

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20070206&numTexte=2&pageDebut=02160&pageFin=02173> (consulté le 10/11/2012)

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel n°98 du 25 avril 1996, pp 6324-6362

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&fastPos=1&fastReqId=368100088&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> (consulté le 25/10/2012)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relatif à la biologie médicale. Journal officiel, n°43 du 15 janvier 2010, pp 819-838

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20100115&numTexte=43&pageDebut=00819&pageFin=00832> (consulté le 01/10/2012)

MINISTRE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°85 du 10 avril 1990, pp 4360-4361

Disponible sur

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349424&categorieLien=id (consulté le 10/11/2012)

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-974 du 15 mai 2007 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales. Journal officiel, n°113 du 16 mai 2007

Disponible sur

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000824599&fastPos=1&fastReqId=600343448&categorieLien=id&oldAction=rechTexte (consulté le 28/11/2012)

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°49 du 23 août 2008, pp.13285-13294

Disponible sur

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5D5B564789F74BB8472A610DB9057006.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000019354799&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id (consulté le 01/10/2012)

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012, pp 29-32

Disponible sur

www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120101&numTexte=16&pageDebut=00029&pageFin=00031 (consulté le 28/11/2012)

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales. Journal officiel, n°0009 du 11 janvier 2012, 521-523

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120111&numTexte=16&pageDebut=00521&pageFin=00522> (consulté le 28/11/2012)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. Arrêté du 2 novembre 1994 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale. Journal officiel, n°281 du 04 décembre 1994

Disponible sur

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6FD1B8D9AD0CC744983FE142CB8203AA.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000000184973&dateTexte=19941204 (consulté le 29/09/2012)

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation. Journal officiel, n° 22 du 21 janvier 2011, pp 1295-1298.

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456274&fastPos=1&fastReqId=1278030928&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (consulté le 29/09/2012)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 17 octobre 2012 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation. Journal officiel, n°0245 du 20 octobre 2012, pp 16365-16369.

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FFC01D26360C5C9D0C82924359DD6E34.tpdjo10v_1?cidTexte=JORFTEXT000026511632&categorieLien=id> (consulté le 28/10/2012)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 29 octobre 2012 portant nomination à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales. Journal officiel, n° 0260 du 8 novembre 2012, pp 17506-17505

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026589258&fastPos=1&fastReqId=481410992&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> (consulté le 30/11/2012)

COLLEGE DE LA HAUTE AUTORITE EN SANTE. Décision n° 2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010). Journal officiel, n°0103 du 02 mai 2012.

Disponible sur

<www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=820F126028AAF4206F74DC5330BC8BD5.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000025773587&categorieLien=id> (consulté le 10/11/2012)

2. RAPPORTS

AFNOR. *Norme NF EN ISO 15189*. Août 2007

AFNOR *Compétences. Analyse de la norme NF EN ISO 15189* : 2007. CHU PITIE SALPETRIERE, Docteur Catherine Blacker-Scholler. AFNOR, 2007, 143 p.

ANAP. *Piloter l'activité, mesurer l'efficacité*. ANAP, Février 2010, 81 p.

BALLEREAU Michel. *Rapport pour un projet de réforme de la biologie médicale*.

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008, 88 p.

Disponible sur :

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_pour_la_biologie_medicale.pdf> (consulté le 28/10/2012)

COFRAC. *Guide technique d'accréditation en biologie médicale. Document SH GTA 01*. Révision 00. COFRAC Section Santé humaine, 2011, 76 p.

COFRAC. *Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale*. SH REF 02. Révision 01. COFRAC Section Santé humaine, 2012, 52 p.

COFRAC. *Questionnaire d'auto-évaluation. Préparation de l'évaluation sur site selon la norme NF EN ISO 15189*. SH FORM03. Révision 01. COFRAC Section Santé Humaine, 2011, 31p.

DRH APHP. *Nomenclature des métiers de l'AP-HP et Emplois / Métiers dans HRA*. - V4 - DEPARTEMENT DES EFFECTIFS, DES METIERS ET DE LA PREVISION, 19/10/2010, 11 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Activités de biologie médicale et certification des établissements de santé*. Novembre 2012.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Evaluation et amélioration des pratiques. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC*. Décembre 2012.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Evaluation et amélioration des pratiques. Développement professionnel continu. Accréditation en biologie médicale. Fiche technique méthode*. Document de travail. 31 janvier 2013.

3. OUVRAGES

BOURRET Paule. *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2011, 190 p.

CLOT Yves. *La formation par l'analyse du travail. Pour une troisième voie* in Bruno Maggi (dir.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*. Paris : PUF, 2000, p.133-156

LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence*. Paris : Eyrolles, 2010, 139 p.

LE GOFF Jean-Pierre. *Les illusions du management*. La découverte. Paris : La découverte, 2000, 163 p.

4. ARTICLES

AUTISSIER David et VANDANGEON-DERUMEZ. Pas de changement sans adhésion des managers. *L'expansion Management*, Review 3/2007, N°126, p116-129.

Disponible sur :

<www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=EMR_126_0116#citation> (Consulté le 22/12/2012)

CAU-BAREILLE Dominique. Les formations peuvent s'adapter aux salariés âgés. *Entreprises et Carrières*, 23 au 29 octobre 2012, N°1115, pp. 30-31.

CORDIER Caroline. La FHF entend promouvoir la compétence de gestion des RH des établissements. *Hospimédia*, 28/09/2012 - 10 : 38

Disponible sur

<www.abonnes.hospimedia.fr> (consulté le 28/09/2012)

CORDIER Caroline. La déconcentration de l'action RH vers les pôles et services médicaux en bonne voie en Ile de France. *Hospimédia*, 21/12/2012 - 09 : 32

Disponible sur

<www.abonnes.hospimedia.fr> (consulté le 23/12/2012)

DAVID-SOUCHOT Véronique, AMMAR-KHODJA Nathalie. La mission transversale RH. *Gestions hospitalières*, 05/2012, n°516, pp. 269-274.

L.G. *Entreprise & Carrières*, N°1134 - du 5 au 11 mars 2013, pp 28-29

5. SITES RESSOURCES

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE. ANAP.

<<http://www.anap.fr/>>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. HAUTE AUTORITE DE SANTE.

<<http://www.has-sante.fr/>>

MINISTERE DE L'EGALITE, DES TERRITOIRES et DU LOGEMENT. *Centre d'Evaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique*.

<<http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/>>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Sante.gouv.fr*.

<<http://www.sante.gouv.fr/>>

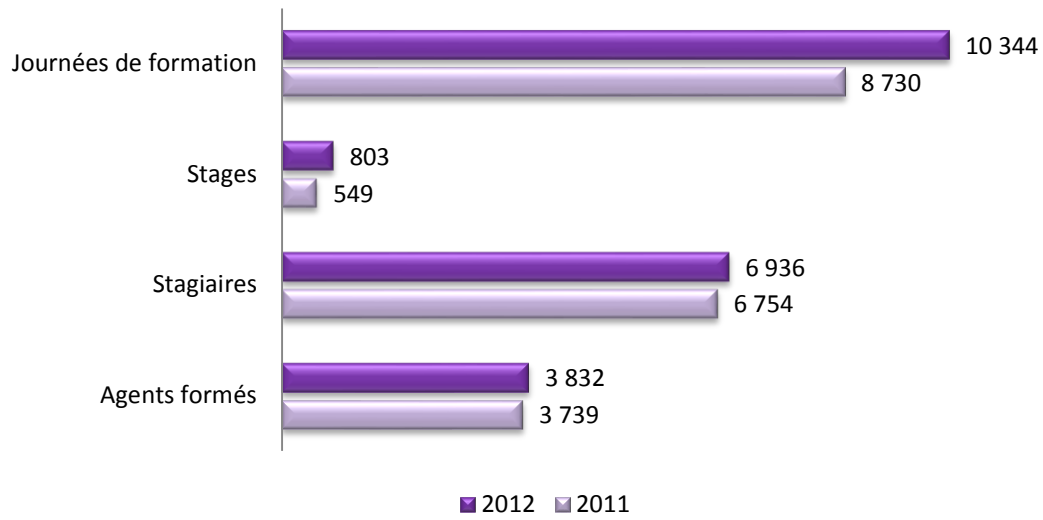
TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Bilans de formation continue 2011 et 2012 pour les professionnels du GHU PSL-CFX
ANNEXE 2	Caractéristiques de l'effectif paramédical du pôle de Biologie Médicale et Pathologie
ANNEXE 3	Lettre mission
ANNEXE 4	Lettre cadrage
ANNEXE 5	MATRICE SWOT
ANNEXE 6	Diagramme de Gantt
ANNEXE 7	Etat des lieux des réponses à la norme NF EN ISO 15189, volet RH
ANNEXE 8	Tableau de concordance entre le « Répertoire des Métiers de la fonction Publique Hospitalière » et la « Nomenclature AP-HP et Emplois/Métiers dans HRA » - V4 - 19.10.2010
ANNEXE 9	Mail d'information - Entretien individuel
ANNEXE 10	Modalités de formations internes au pôle et attentes de l'encadrement vis-à-vis d'un projet de formation pour les professionnels paramédicaux.
ANNEXE 11	Fiches indicateurs d'évaluation

ANNEXE 1.

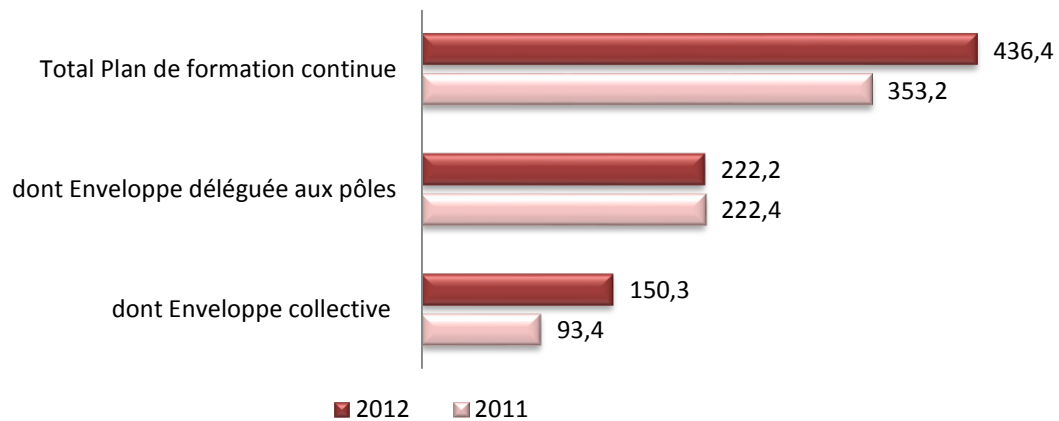
Bilans de formation continue 2011 et 2012 pour les professionnels du GHU
PSL-CFX

Formation continue au sein du GHU PSL-CFX



Dépenses formation continue du GHU PSL-CFX

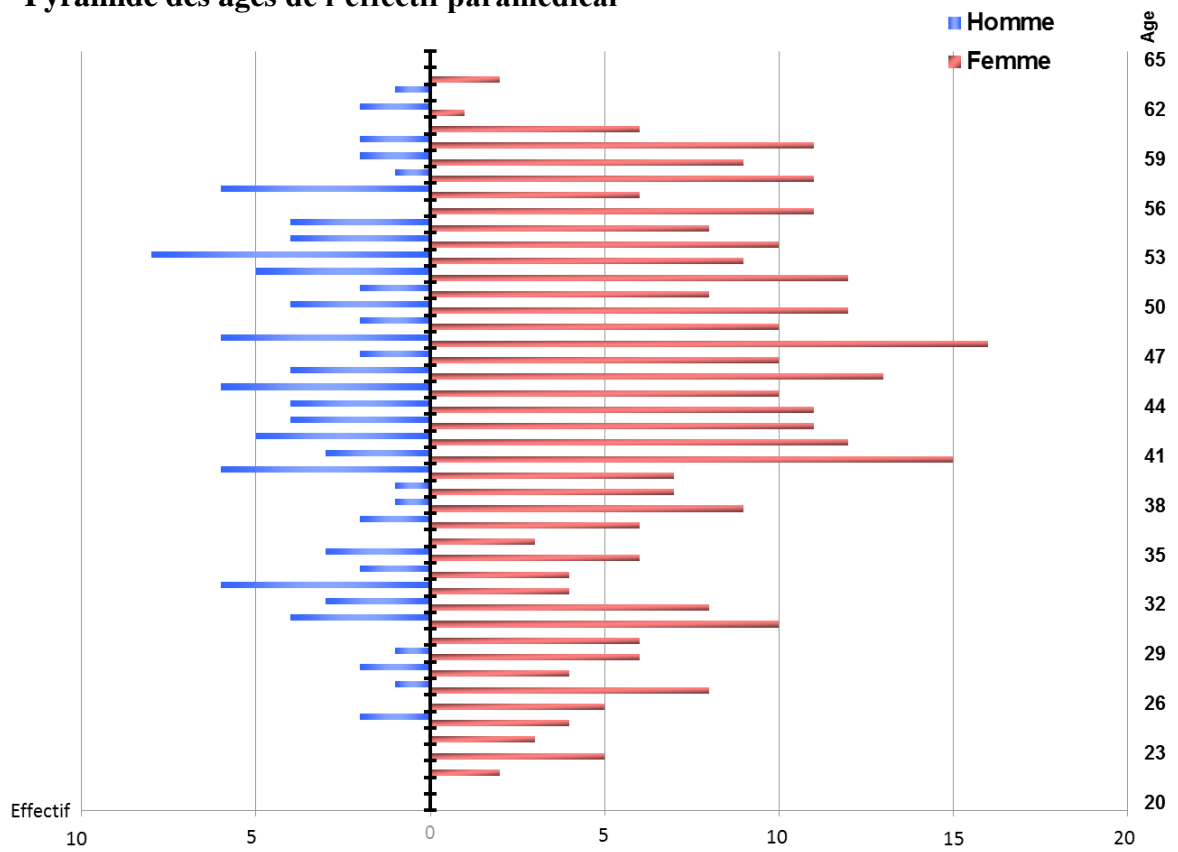
en Milliers d'euros



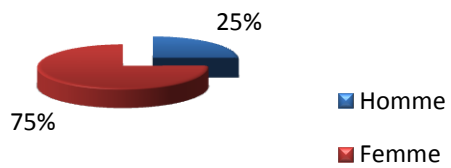
ANNEXE 2.

Caractéristiques de l'effectif paramédical du pôle de Biologie Médicale et Pathologie

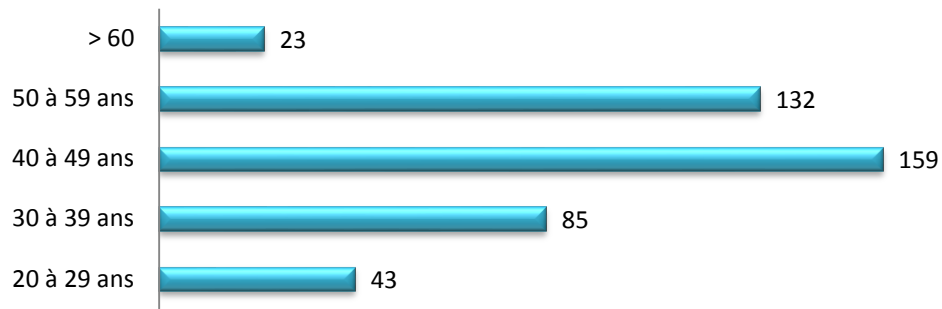
Pyramide des âges de l'effectif paramédical



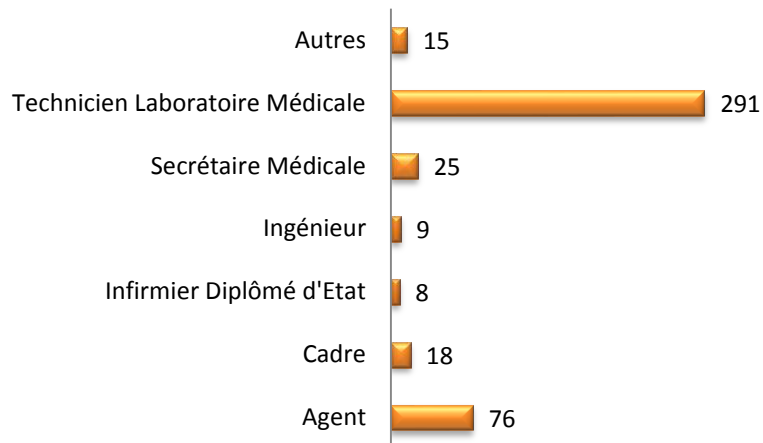
Un effectif paramédical féminin



Répartition des effectifs paramédicaux par tranches d'âges

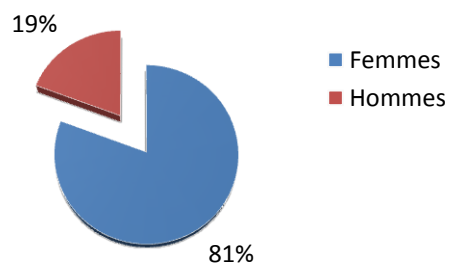


Répartition des métiers

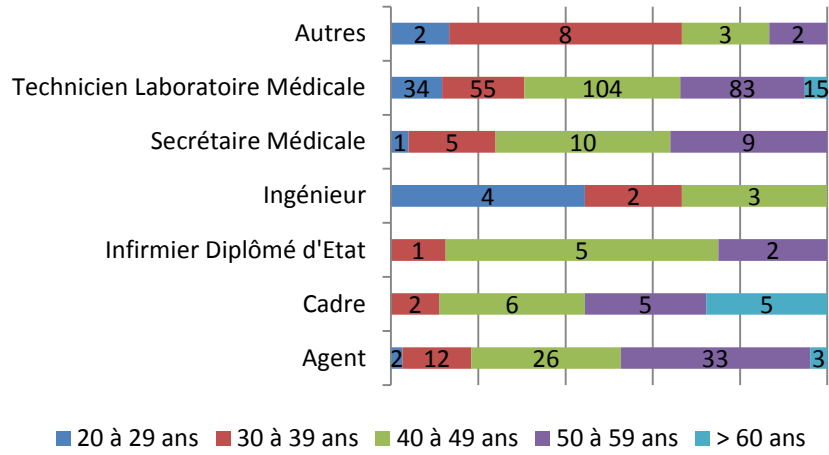


Remarque : la mention « Agent » concerne le métier Agent en secteur médico-technique.

Technicien de Laboratoire Médical, un métier féminin



Répartition des âges par métier



ANNEXE 3.

Lettre de mission



LETTRE DE MISSION

LA NORME QUALITE NF EN ISO 15189, dans son volet Ressources Humaines,
AU SERVICE DU PROJET DE FORMATION DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX DE BIOLOGIE

Commanditaire	Cadre supérieur de pôle. Pôle de Biologie Médicale et Pathologie (BMP). Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière Charles-Foix (GHU PSL-CFX)
Responsable du projet	Karin Chenevière. Faisant fonction de cadre supérieur de santé, Service de Parasitologie et Mycologie. Adjointe du référent RH du pôle BMP GHU PSL-CFX
Missions du responsable de projet	<ul style="list-style-type: none">- Répondre aux exigences de la norme qualité NF EN ISO 15189, sur son volet RH et plus particulièrement celui de la formation.- Développer un projet de formation pour permettre le maintien et l'acquisition de compétences nécessaires à l'habilitation des professionnels paramédicaux du pôle BMP et conduire les équipes à un niveau de qualification pérenne afin d'assurer une prestation de qualité au bénéfice du patient.
Moyens alloués	Mme Chenevière a toute latitude pour solliciter les personnes ressources au sein de l'établissement et mobiliser l'encadrement du pôle dans sa démarche projet. En parallèle, elle pourra s'appuyer sur l'organisation déjà existante et mise en place pour le déploiement de la démarche qualité au sein du pôle. Sans mésestimer leurs contraintes de temps et de disponibilité, il appartiendra aux collaborateurs concernés de répondre aux sollicitations de Mme Chenevière.
Modalités de reporting	Restitutions lors du Comité de pilotage restreint RH

Durée	<p>Etant donné la double fonction de Mme Chenevière et ses temps de formation, le planning des livrables du projet sera le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fin juin 2013</u> : réponses aux exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 élaborées, documentées et intégrées dans le système qualité du pôle, - <u>4^{ème} trimestre 2013</u> : Audit COFRAC (date prévisionnelle) - <u>Janvier 2014</u> : présentation du projet de formation à l'ensemble des services du pôle et lancement d'une phase de test sur un service du pôle. - <u>Mars et avril 2014</u> : phase de réajustements du projet si besoin. - <u>Second semestre 2014</u> : phase de déploiement du projet formation
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Norme NF EN ISO 15189 - Août 2007 - Guide technique d'accréditation en biologie médicale (SH GTA 01-V00-Mai 2011) - Recueil des exigences spécifiques pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale (SH RF 02-Rév 01)
<p>Date : 06/11/2012</p> <p>Signature du commanditaire Signature du responsable de projet</p>	

ANNEXE 4.

Note de cadrage



NOTE DE CADRAGE

LA NORME QUALITE NF EN ISO 15189, dans son volet Ressources Humaines, AU SERVICE DU PROJET DE FORMATION DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX DE BIOLOGIE

Chef de projet	<p>Karin Chenevière.</p> <p>Faisant fonction de cadre supérieur de santé, Service de Parasitologie et Mycologie. Adjointe du référent RH du pôle de Biologie Médicale et Pathologie (BMP) Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière Charles-Foix (GHU PSL-CFX)</p>
Origine et Contexte du projet	<p>Environnement et positionnement professionnels :</p> <p>Adjointe du référent RH du pôle BMP, le projet est la poursuite de mon engagement dans la gestion des RH. Missionnée dans le domaine de la formation continue, je suis l'interlocuteur privilégié pour le Département du Développement Professionnel.</p> <p>Le projet qualité de l'établissement et celui du pôle BMP :</p> <p>Tout laboratoire de biologie devant entrer officiellement dans une démarche d'accréditation spécifique avant fin mai 2013 pour une accréditation totale avant le 1^{er} novembre 2016, le laboratoire du GHU PSL-CFX s'engage en étroite collaboration avec la Direction Générale, la Direction de la Qualité et les Directions fonctionnelles, dans la démarche d'accréditation avec l'obligation de répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 15189. Le projet offrira une réponse aux exigences qui concernent les RH. Il s'agit donc de mener une démarche qualité en vue de l'accréditation du laboratoire, enjeu majeur de l'autorisation à exercer pour le laboratoire et de la certification de l'établissement de santé.</p> <p>La Formation Professionnelle tout au long de la vie professionnelle et le Développement Professionnel Continu (DPC):</p> <p>Le projet couvre un champ du décret de 2008 concernant la FPTLV et évoluera en intégrant les obligations du DPC. En complément, face aux mutations professionnelles induites par la restructuration de la biologie du pôle, les professionnels pourront bénéficier de ce projet pour les accompagner dans leurs modifications de pratiques et leur acquisition de nouvelles compétences.</p>

Périmètre du projet	<p>Ce projet concerne le pôle de BMP et l'ensemble de son personnel paramédical. Il implique le cadre supérieur de pôle, le cadre supérieur en mission transversale Ressources Humaines, le cadre supérieur en mission transversale Qualité, l'encadrement supérieur et de proximité des services du laboratoire.</p> <p>Il implique également la DRH, le responsable du Service de développement des compétences et la Direction Qualité. Il pourra éventuellement impliquer la Direction des Services Informatiques.</p>
Objectifs primaires et Objectifs secondaires	<p>Répondre aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 sur son volet RH et saisir l'opportunité pour construire un projet managérial de formation tout au long de la vie professionnelle du personnel paramédical.</p> <p>Contribuer au maintien et au développement des compétences, savoirs et savoir faire.</p> <p>Identifier les potentiels et compétences internes pour permettre les évolutions de carrière et faciliter les réorganisations en lien avec la restructuration de la Biologie du pôle.</p>
Contraintes	<p>Le projet est contraint par un cadre normatif et réglementaire et le calendrier d'accréditation imposé par le COFRAC.</p> <p>Il doit également s'intégrer aux contraintes en lien direct avec la conduite du changement auprès de l'équipe d'encadrement et la disponibilité de l'encadrement du pôle et des collaborateurs dans les Directions concernées.</p>
Ressources documentaires et Références	<p>Normes et textes législatifs</p> <p>Documentations institutionnelles</p> <p>Documentation de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance</p> <p>Recherches Bibliographiques</p>
Modalités de travail	<p>Comité de pilotage restreint RH : commanditaire, chef de projet, cadre supérieur référent RH et cadre supérieur référent Qualité.</p> <p>Atelier de travail « Norme 15189 et RH : le référent qualité paramédical de chaque service du pôle.</p> <p>Consultation de personnes ressources</p>
Méthodologie	<p>Phase exploratoire : table ronde et entretiens téléphoniques</p> <p>Phase de diagnostics : Diagnostic « qualité » par autoévaluation et Diagnostic « formation » à l'aide de l'entretien semi-directif</p>
Echéances-calendrier	<p>- <u>Fin juin 2013</u> : réponses aux exigences RH de la norme NF EN ISO 15189 élaborées, documentées et intégrées dans le système qualité du pôle,</p> <p>- <u>4^{ème} trimestre 2013</u> : Audit COFRAC (date prévisionnelle)</p> <p>- <u>Janvier 2014</u> : présentation du projet de formation à l'ensemble des services du pôle et lancement d'une phase de test sur un</p>

	<p>service du pôle.</p> <p>- <u>Mars et avril 2014</u> : phase de réajustements du projet si besoin.</p> <p>- <u>Second semestre 2014</u> : phase de déploiement du projet formation</p>
<p>Modalités d'évaluation</p>	<p>Indicateur N°1 : Nombre de documents qualité approuvés par la Cellule Management de Pôle</p> <p>Indicateur N°2 : Nombre d'écarts à la norme NF EN ISO 15189 en lien avec la thématique RH, relevés par les auditeurs.</p> <p>Indicateur N°3 : Taux de professionnels paramédicaux ayant bénéficié d'au moins une formation annuelle</p> <p>Indicateur N°4 : Enquête satisfaction des professionnels aux différentes étapes du parcours professionnel</p>

ANNEXE 5.

Matrice SWOT

	Positif	Négatif
Origine interne	<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chef de projet = Adjoint Référent RH du pôle, responsable de la FPC du pôle et interlocuteur identifié du Service Développement Professionnel et Formation • Présence au sein du pôle d'un responsable qualité paramédical • Présence de référents qualité dans chaque service du Laboratoire • Forte implication du pôle dans la démarche qualité 	<p style="text-align: center;">Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Double fonction du chef de projet : Adjoint Référent RH et seule cadre d'un service • Implication de l'encadrement dans de nombreux projets • Connaissance limitée de la norme 15189 par le chef de projet • Complexité collaboration responsables médicaux-encadrement paramédical
Origine externe	<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication des Directions supports dans démarche accréditation • Existence d'un réseau de référents RH au sein du GHU PSL-CFX 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre législatif en perpétuelle évolution • Nombreux projets institutionnels

ANNEXE 6.

Diagramme de Gantt

ANNEXE 7.

Grille d'auto évaluation norme NF EN ISO 15189, volet ressources humaines

Chapitre 4 : Exigences relatives au management			
Sous Chapitre	4.1 : Organisation et management		
Exigence	4.1.4 : Les responsabilités du personnel de laboratoire qui participe aux analyses biologiques ou exerce une influence sur ces analyses doivent être définies afin d'identifier d'éventuels conflits d'intérêt. Il convient qu'aucune considération financière ou politique n'influe sur la réalisation des analyses.		
Elément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Etre garant de l'absence de conflit d'intérêt Politique d'intégrité du laboratoire	OUI	- Indication présente dans toutes les fiches de fonctions du personnel paramédical. - Aucun lien commercial direct avec les fournisseurs puisque tout approvisionnement fait l'objet d'une procédure d'achat régie par le code des marchés publics.	

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.1 : La direction du laboratoire doit disposer d'un organigramme du personnel, d'une politique des ressources humaines et de définitions de fonctions qui décrivent les qualifications et les responsabilités pour chaque catégorie de personnel.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Organigrammes hiérarchiques et fonctionnels formalisés	En partie	<p>Les organigrammes formalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pôle BMP · Qualité du pôle BMP · Services de Biochimie (portée initiale) · Service d'Hématologie Biologique (portée initiale) <p>Non connaissance de l'état de formalisation au niveau des autres services.</p>	<p>Faire un bilan des organigrammes existants au sein des services du pôle ; formaliser les manquants selon la trame définie par le pôle.</p> <p>Intégrer les enregistrements dans le futur logiciel de management de la qualité</p>
Recrutement des personnels paramédicaux organisé et formalisé.	En partie	<p>Politique de recrutement en lien avec les orientations de l'établissement et du pôle</p> <p>Identification des responsabilités des acteurs</p> <p>Mise en œuvre des procédures de recrutement</p> <p>Utilisation de fiches de fonctions et/ou de postes</p> <p>Le recrutement est organisé mais non formalisé</p>	<p>Formaliser la procédure de recrutement des personnels paramédicaux.</p>
Accueil et intégration du nouveau personnel assurés et formalisés.	En partie	<p>Au niveau du groupe : présence d'un stage d'intégration et circuit administratif formalisé.</p>	<p>Développer un dispositif d'accueil et d'intégration pour les nouveaux professionnels au niveau du pôle.</p>

		Absence de dispositifs transverses au pôle Dispositifs présents dans certains services mais modalités inconnues du pôle.	Faire émerger les pratiques déjà existantes
Evaluation des professionnels mise en œuvre	OUI	Un processus d'évaluation annuelle est mis en œuvre au sein du pôle en cohérence avec la politique déployée au sein du GH et de l'institution. Connexion de cette évaluation avec la notation.	
Définitions des fonctions, dont les fonctions clés et leurs suppléances.	En partie	Fonctions définies dans les fiches de fonction, non exhaustives. Les fonctions clés sont identifiées : <ul style="list-style-type: none"> · Chef de pôle et cadre supérieur de pôle · Responsables qualité · Responsable informatique¹⁰¹ (en cours de réflexion) Un adjoint est désigné pour chaque fonction clé	Etablir les fiches de fonction : Cadre supérieur de pôle, cadre supérieur et cadre de santé, agent en secteur médico-technique et responsable informatique.

¹⁰¹ Responsable informatique : groupe des utilisateurs du système de gestion du laboratoire

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	<p>5.1.2 : la direction du laboratoire doit conserver des enregistrements concernant les compétences utiles, les diplômes, les qualifications professionnelles, la formation et l'expérience de chacun des membres du personnel. Ces informations doivent être facilement accessibles au personnel qualifié concerné et peuvent comprendre</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un certificat ou une autorisation si nécessaire b) les références des emplois antérieurs c) les définitions de fonctions d) les enregistrements concernant la formation continue et le niveau atteint e) les évaluations de compétence et f) les dispositions concernant les comptes rendus d'incidents ou accidents malencontreux <p>D'autres enregistrements, concernant la santé du personnel et accessibles aux personnes autorisées, peuvent inclure des enregistrements concernant l'exposition aux risques professionnels et des enregistrements concernant le statut d'immunisation</p>		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Le dossier du personnel est localisé, son contenu défini et sa conservation sécurisée.	En partie	<p>Pour un même professionnel, un dossier individuel est localisé à la DRH et un autre dans le service concerné.</p> <p>Les pièces conservées dans le service sont hétérogènes d'un service à l'autre.</p> <p>Les durées de conservation ne sont pas établies.</p> <p>La sécurisation n'est pas garantie dans chaque service.</p>	<p>Etablir, en concertation avec la DRH, la liste des pièces de chaque partie de dossier.</p> <p>Définir les durées de conservation en tenant compte des obligations légales.</p> <p>Garantir la sécurisation des dossiers.</p>
Il appartient au laboratoire de s'assurer du niveau d'étude (diplôme) détenu par ses différentes catégories de personnels, en application de la réglementation en vigueur	En partie	Le personnel est recruté avec un niveau d'étude en application de la réglementation en vigueur mais cette responsabilité est assurée par la DRH et non le laboratoire	Définir avec la DRH la responsabilité de cette garantie.

Chapitre 5 : Exigences techniques

Référence	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.5 : Les ressources en personnel doivent être adéquates et suffisantes pour effectuer les travaux requis et remplir les autres fonctions du système de management de la qualité.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Le taux d'absentéisme du pôle et des services est suivi	En partie	Un suivi est réalisé par la DRH. Il est communiqué au cadre supérieur de pôle et référent RH lors des points trimestriels. L'indicateur n'existe pas au sein du pôle ni des services	Créer un indicateur de suivi de l'absentéisme.
Le tableau des emplois existe et le nombre de postes vacants est un indicateur suivi	OUI	Le cadre supérieur de pôle et le référent RH suivent le tableau des emplois et l'indicateur « nombre de postes vacants »	

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.6 : Le personnel doit suivre une formation spécifique en assurance qualité et en management de la qualité pour les prestations proposées		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Programme de formation existant au sein du GH	OUI	La formation est intégrée à un marché terminant fin juin 2013.	
Formation spécifique intégrée au plan de formation pour l'ensemble du personnel	OUI	Cette formation est un axe de formation prioritaire du pôle BMP	
Suivi du taux de réalisation de la formation spécifique et ajustement en fonction des réalisations	NON	Les inscriptions se font de manière aléatoire en fonction du nombre de places mis à disposition. Absence de suivi du taux de réalisation	Réaliser un état des lieux des formations effectuées à fin 2012. Définir des indicateurs de suivi. (Cette dynamique a été intégrée au besoin de l'évaluation de l'UE2 Ecue2 suivie par le chef de projet dans le cadre de son cursus universitaire).

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.7 : La direction du laboratoire doit autoriser le personnel à effectuer des tâches particulières telles que l'aliquotage, l'analyse, l'utilisation de types particuliers d'équipements, y compris l'utilisation d'ordinateurs appartenant au système informatique du laboratoire		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Mise en œuvre d'un processus visant à délivrer une habilitation à effectuer des tâches spécifiques.	Non	Le processus n'est pas formalisé et les grilles d'habilitation non créées	Formaliser le processus d'habilitation pour le personnel Réaliser les grilles d'habilitation.
Le laboratoire désigne les personnes responsables de l'habilitation	Non	Cf. supra	Intégrer au processus la désignation des personnes responsables.
Le laboratoire procède à l'habilitation de toutes les catégories de personnel	Non	Cf. supra	Prendre en compte toutes les catégories de personnel.
Plusieurs degrés d'habilitation peuvent être déterminés, correspondant à des tâches de plus en plus complexes, avec chaque fois, critères et spécifications associées	Non	Cf. supra	Prévoir différents degrés d'habilitation. Associer critères et spécification.

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Référence	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.9 : Un programme de formation continue doit être disponible pour toutes les catégories de personnel.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Un plan de formation prévisionnel est formalisé	OUI	Chaque année, un plan de formation prévisionnel est établi sur la base des besoins identifiés lors de l'entretien annuel de formation. Les demandes de formation sont revues ultérieurement en fonction du budget formation alloué au pôle par la DRH.	
Le plan de formation est actualisé avec les formations suivies	OUI	Le plan de formation du pôle est actualisé par le référent RH du pôle uniquement pour les formations payantes	Créer un outil de suivi des formations non payantes.
Le développement professionnel continu (DPC) est en place	NON	Le DPC n'a pas encore été évoqué par la DRH au sein des pôles	Evaluer le niveau de connaissance du DPC par l'encadrement de pôle.

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Référence	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.10 : Les employés doivent être formés pour éviter ou réduire les effets des incidents malencontreux.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Les risques professionnels sont identifiés par rapport à l'activité	En partie	Une base de risques identifiés existe dans certains services	Créer une trame commune au pôle avec insertion des particularités de certains services.
Le Document Unique du Laboratoire existe et est mis à jour annuellement	En partie	Un Document Unique existe dans chaque service. La mise à jour n'est pas régulière	Organiser la mise à jour systématique des documents uniques en collaboration avec la cellule conditions de travail du groupe hospitalier. Créer le Document Unique du Laboratoire.
Il existe une formation spécifique aux risques professionnels systématique de tous les professionnels	En partie	Quelques risques sont exposés lors du stage d'intégration organisé par le groupe hospitalier. Des formations règlementaires sont proposées au niveau du groupe hospitalier. Pas de programme spécifique au niveau du pôle.	Créer un programme de formation pour le pôle. Rendre cette formation systématique pour chaque professionnel.

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.11: La compétence de chaque membre du personnel pour remplir les tâches imparties doit être évaluée à l'issue de la formation puis périodiquement par la suite. Un recyclage et une réévaluation doivent être effectués si nécessaire.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Formation appropriée du personnel dont le personnel temporaire.	NON	Se référer au critère 5.1.7	
Pour tout nouveau personnel, existence d'un planning d'intégration, comportant le parcours, les formations, les critères à remplir en vue de sa qualification à la fonction concernée et ses habilitations aux tâches spécifiques éventuelles	En partie	Non existant au niveau du pôle (cf. critère 5.1.1) Existant au sein de certains services mais pas de lisibilité du pôle.	Mettre en visibilité les pratiques des services et mettre en place des pratiques transversales au pôle.
Habilitation initiale du personnel	NON	Pas de grille d'habilitation construite	Construire la procédure d'habilitation et les grilles d'habilitation.
Le laboratoire doit réaliser la revue des compétences de son personnel qualifié lors d'un entretien annuel avec le personnel concerné, notamment en cas d'arrêt > 6 mois. Un bilan des entretiens est abordé en revue de direction.	En partie	Pas d'habilitation mais les entretiens d'évaluation sont conduits au niveau des services. La première revue de direction est programmée sur 2013	Idem supra.

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.12 : Le personnel doit participer à des programmes réguliers de développement professionnel ou autre type de relation professionnelle.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Il existe une politique de formation continue appropriée aux activités pour le maintien et l'acquisition de compétences.	En partie	La politique de formation actuelle prend en compte uniquement les temps de formation formalisés dans le cadre de la formation continue annuelle	Répondre à cette exigence au travers d'un projet de formation au sein du pôle. Montrer toutes les modalités de formation existantes dans chaque service et construire un projet de formation au sein du pôle.
Le personnel peut justifier de sa compétence soit par formation externe, soit par d'autres moyens, notamment formation interne	En partie	Tous les temps de formation ne sont pas formalisés ; Leur traçabilité n'est pas exhaustive. Les attestations de présence ne sont pas toutes délivrées.	Formaliser l'ensemble des formations réalisées. Repenser le circuit des attestations de présence en collaboration avec la DRH.
Le droit individuel à la formation peut être employé pour bénéficier de formation en quantité suffisante	OUI	Le droit individuel à la formation peut être utilisé pour les formations diplômantes de type universitaire	
Réalisation de l'obligation du développement professionnel continu	NON	Cf. critère 5.1.9	

Chapitre 5 : Exigences techniques			
Sous Chapitre	5.1 : Personnel		
Exigence	5.1.13 : La confidentialité des informations concernant les patients doit être respectée par l'ensemble du personnel.		
Élément d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>Présent : OUI, EN PARTIE, NON, NA)</i>	Constat	Dynamique d'action
Politiques et procédures relatives à la protection des informations confidentielles	En partie	Contrat en cours de formalisation entre le pôle BMP et la Direction des Systèmes d'Information. Protection des informations décrite dans la charte générale d'utilisation du système d'information hospitalier	L'adjoint au chef de pôle est l'interlocuteur identifié pour traiter cette exigence.
Secret professionnel	OUI	Tout le personnel est soumis au secret professionnel comme stipulé dans le règlement intérieur de l'hôpital (Version2012 - article 106)	

ANNEXE 8.

Tableau de concordance entre le « Répertoire des métiers de la fonction publique Hospitalière » et la « nomenclature AP-HP et emplois/métiers dans HRA - v4 - 19/10/2010.

Métier exercé au sein du pôle BMP	Correspondance Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière	Code métier FPH	Correspondance Nomenclature AP-HP et emplois. V4. 19/10/2010	Code métier AP-HP
Agent en secteur médico-technique	-	-	Agent en secteur médico-technique	05LAA0
Cadre supérieur de pôle	Cadre soignant de pôle	05U10	Cadre paramédical de pôle	05U100
Cadre supérieur de santé	-	-	Cadre responsable de secteur de soins	05UAA0
Cadre supérieur responsable de missions transversales	-	-	Cadre responsable de secteur de soins chargé de missions transversales	05UAA1
Cadre de santé	Cadre responsable d'unité de soins	05U20	Cadre responsable d'unité de soins	05U200
Cadre de santé responsable de missions transversales	-	-	Cadre responsable d'unité de soins chargé de missions transversales	05U201
Secrétaire	Secrétaire	45S30	Secrétaire	45S300
Technicien de Laboratoire Médical	Technicien(ne) d'analyse en biologie médicale	05L10	Technicien d'analyse en biologie médicale	05L100

ANNEXE 9.

Mail d'information - entretien individuel

MAIL D'INFORMATION - ENTRETIEN INDIVIDUEL

.....

Comme évoqué lors de nos dernières rencontres, je souhaiterais convenir avec toi d'un rendez-vous dans le cadre de mon projet de formation des professionnels paramédicaux du pôle en lien avec les exigences RH de la norme NF EN ISO 15189.

J'attaque l'étape du diagnostic de la formation des paramédicaux au sein des services de notre pôle. Afin d'être au plus proche du terrain, j'ai choisi d'associer l'encadrement à ce diagnostic lors d'entretiens individuels. Pour mémoire, seuls les professionnels paramédicaux sont concernés par ce sujet.

Pour faciliter notre entretien, tu trouveras ci-dessous les différents points que je me propose d'aborder avec toi.

- ✓ Champs couverts par la formation et représentations par rapport à la biologie et à la norme qualité NF EN ISO 15189
- ✓ Modalités et formalisation de la formation, dans ton service (revue et actualité de connaissances)

- ✓ Moyens, outils et temps de formation
- ✓ Partenaires associés

- ✓ Signification de la « Formation professionnelle continue »
- ✓ Adaptation aux besoins
- ✓ Modalités de l'entretien de formation
- ✓ Bases de construction du plan de formation

- ✓ Pertinence d'un projet de formation professionnelle tout au long de la vie pour le personnel paramédical au niveau du pôle

- ✓ Ton avis sur le Développement Professionnel Continu (qui fait partie de la FPTLV)

L'entretien ne devrait pas excéder $\frac{3}{4}$ d'heure.

Restant à ta disposition pour toute information complémentaire et dans l'attente de tes disponibilités pour ce rendez-vous,

.....

ANNEXE 10.

Modalités de formations internes au pôle et attentes de l'encadrement vis-à-vis d'un projet de formation pour les professionnels paramédicaux.

MODALITES DE FORMATIONS INTERNES AUX SERVICES

Accès libre aux cours semestriels pour les nouveaux internes (volume horaire : 10 x 1h30)

Réunions scientifiques hebdomadaires. Intervention des biologistes, internes ou intervenants extérieurs. Présentations techniques, scientifiques, innovations médicales, cas cliniques, traitements

Cours techniques ou théoriques dispensés par les biologistes directement en situation de travail

Quizz hebdomadaires. Présentation d'un cas clinique sous forme de jeu questions-réponses.

Utilisation de programmes e-learning individuels pour des formations collectives s'appuyant pour le contenu sur des experts métiers

Réunions qualité mensuelles sur sujet ciblé : première partie sur des rappels techniques, seconde partie sur l'approche qualité avec bilan d'avancement.

Gestion des risques. Réalisation d'un film. Mise à disposition du support sur tous les postes informatiques du service et au centre de documentation de l'AP-HP. Officialisation des pratiques, « *démystification* » du risque et « *rassurance* » du personnel.

Interventions ponctuelles des TLM pour présenter leur travail dans le cadre des innovations ou recherches translationnelles et participation à la réalisation de posters.

Appui sur des financements extérieurs

Sollicitation de fournisseurs d'équipements biomédicaux pour formations sur sites

ATTENTES DE L'ENCADREMENT VIS-A-VIS D'UN PROJET DE FORMATION POUR LES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX

S'ouvrir vers l'extérieur et participer aux Journées d'intégration des nouveaux professionnels organisées par le GHU PSL-CFX

Organiser un temps d'accueil semestriel pour l'intégration des nouveaux arrivants : connaissance du pôle, des interlocuteurs clés, des services, des métiers et disciplines en présence.

Créer un parcours d'intégration du nouvel arrivant et un livret d'accueil. A réaliser au niveau du pôle puis à décliner au niveau des services.

Organiser une « *Journée Portes ouvertes* », réservée aux professionnels du pôle.

Organiser une « *Journée Scientifique, médicale et paramédicale* » du pôle

Bâtir une offre de formation interne au pôle pour l'équipe logistique mutualisée. A l'attention de professionnels dont « *on s'occupe peu mais envers lesquels nous avons de nombreuses exigences* ».

Créer une offre de formation interne au pôle pour les thématiques transversales (dont la gestion des risques et le management de la qualité)

Mettre en place des groupes d'échanges interdisciplinaires sur les thématiques techniques communes (Biologie moléculaire par exemple)

Valoriser les compétences professionnelles acquises lors de cursus universitaires ou de formations qualifiantes. Décloisonnement et bénéfice pour l'ensemble du pôle

Mettre en lumière les temps de formation, les tutorats et compagnonnages pour intégrer les temps aux calculs d'effectifs

Construire un espace informatique commun pour simplifier le circuit de communication actuel.

ANNEXE 11.

Fiches indicateurs d'évaluation :

- Indicateur N°1 : Nombre de documents qualité ou révisés
 - Indicateur N°2 : Nombre d'écarts à la norme NF EN ISO 15189 en lien avec la thématique RH, relevés par les auditeurs.
 - Indicateur N°3 : Taux de professionnels paramédicaux ayant bénéficié d'au moins une formation annuelle
 - Indicateur N°4 : Résultat de l'enquête satisfaction des professionnels aux différentes étapes du parcours professionnel
-

INDICATEUR N°1

NOMBRE DE DOCUMENTS QUALITE APPROUVES OU REVISES	
DEFINIR	
Définition	Suivi du nombre de documents qualité, en lien avec la RH, approuvés ou révisés par la Cellule Management de Pôle
Objectifs	Connaître l'évolution du système documentaire du laboratoire Apporter les éléments de preuve et réduire le nombre d'écarts à la norme
Enjeu	Amélioration des pratiques professionnelles
PRODUIRE	
Unité	Nombre
Mode de calcul	Somme des documents approuvés
Point méthodologie	
Modalité de recueil	Saisie par les référents Qualité du service et/ou du pôle
Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input checked="" type="checkbox"/> Année
DIFFUSER	
Diffusion	Revue annuelle de Direction du pôle

INDICATEUR N°2

NOMBRE D'ECARTS A LA NORME NF EN ISO 15189 EN LIEN AVEC LA THEMATIQUE RH, RELEVES PAR LES AUDITEURS	
DEFINIR	
Définition	Suivi du nombre d'écarts par rapport aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 sur son volet RH
Objectifs	Se conformer aux exigences de la norme et gérer les mises en conformité
Enjeu	Management de la qualité Accréditation du laboratoire
PRODUIRE	
Unité	Nombre d'écarts
Mode de calcul	Somme des écarts à la norme dans le domaine RH
Point méthodologie	Les écarts peuvent être séparés en écarts critiques et écarts non critiques Les indicateurs peuvent être relevés lors des Auto évaluation, des Audits internes, des Audits croisés AP-HP et des Audits COFRAC
Modalité de recueil	Par les référents qualité des services et/ou pôle lors des audits
Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input checked="" type="checkbox"/> Année
DIFFUSER	
Diffusion	Equipe en charge de l'activité Revue annuelle de Direction du Service et/ou du pôle Direction qualité de l'établissement

INDICATEUR N°3

TAUX DE PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX AYANT BENEFICIE D'AU MOINS UNE FORMATION ANNUELLE	
DEFINIR	
Définition	Suivi du nombre de professionnels paramédicaux ayant bénéficié au minimum d'une formation
Objectifs	Evaluer l'implication des services dans la formation des professionnels Pérenniser le niveau de qualification et compétences des professionnels
Enjeu	Qualité et sécurité des soins
PRODUIRE	
Unité	Pourcentage (%)
Mode de calcul	Nombre de professionnels formés / nombre de professionnels total Nombre de professionnels formés par catégorie / nombre de professionnels total par catégorie
Point méthodologie	Chaque service fait son recueil puis le déclare au référent RH du pôle qui l'intégrera ensuite dans la revue annuelle de Direction du pôle
Modalité de recueil	Par l'encadrement des services
Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input checked="" type="checkbox"/> Année
DIFFUSER	
Diffusion	Equipe en charge de l'activité Revue annuelle de Direction du Service et/ou du pôle

INDICATEUR N°4

RESULTAT DE L'ENQUETE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS AUX DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS PROFESSIONNEL	
DEFINIR	
Définition	Satisfaction des professionnels par rapport aux formations suivies lors du parcours professionnel
Objectifs	Améliorer qualité et efficacité des formations Evaluer au sein du pôle
Enjeu	Haut niveau et pérennisation de la qualification du personnel Motivation des professionnels et Attractivité du pôle
PRODUIRE	
Unité	Soit un pourcentage, soit un score
Mode de calcul	Score de satisfaction en fonction de critères
Point méthodologie	Critère pour mesurer la satisfaction ... Satisfaction sur parcours annuel de formation Satisfaction après formation
Modalité de recueil	Questionnaire de satisfaction transversal au pôle. Gestion par référent RH pôle.
Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input checked="" type="checkbox"/> Année <input checked="" type="checkbox"/> Après la formation
DIFFUSER	
Diffusion	Référent RH du pôle Revue annuelle de Direction du Service et/ou du Pôle Service du développement professionnel et de la formation



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@12-13**

TITRE DU MEMOIRE

La norme qualité NF EN ISO 15189, dans son volet ressources humaines, au service du projet de formation des professionnels paramédicaux de biologie

AUTEUR

Karin CHENEVIERE

MOTS-CLES

Laboratoire. Accréditation. Norme NF EN ISO 15189. Habilitation. Formation professionnelle.

KEYWORDS

Laboratory. Accreditation. Quality standard NF EN ISO 15189. Authorization. Professional training

RESUME

L'engagement des laboratoires dans la démarche d'accréditation est obligatoire. La norme qualité NF EN ISO 15189 est dédiée à la Biologie Médicale et comporte des exigences sur les ressources humaines.

Ce projet managérial a un double objectif : répondre aux exigences « ressources humaines » de la norme et s'appuyer sur celles-ci pour construire un projet de formation pour les paramédicaux tout au long de leur carrière. Nous avons progressé en deux phases : d'abord exploratoire, puis diagnostique avec un versant qualité et un autre portant sur la formation. Ainsi, sur la base des résultats obtenus, nous avons d'une part répondu aux exigences de la norme en termes de ressources humaines et d'autre part élaboré le projet de formation en présentant deux axes de travail.

ABSTRACT

The involvement of laboratories in the accreditation process is mandatory. The NF EN ISO 15189 standard is used and includes regulatory requirements for human resources.

This managerial project has two objectives : to answer to the requirements on human resources and use those requirements to create a training project for staff throughout their career. We implemented our project in two stages : starting with an exploratory process, followed by a diagnosis regarding the quality as well as the training. So, on the basis of the findings, on one hand, we have been able to satisfy the requested constraints in terms of human resources in accordance with the standard, and on other hand, we finalised the proposal for a professional training project with two areas of work.