



EHESP

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Enjeux et pilotage d'une certification
qualité, sécurité, environnement :
exemple de l'unité de traitement des
DASRI du CHU de Limoges**

Charlotte LHOMME

Remerciements

Je tiens à remercier Joseph MOISAN, directeur de la filière DH, pour sa disponibilité et son accompagnement au cours de la scolarité.

Je remercie Bruno LUCET, Directeur de la qualité à l'hôpital Henri Mondor de Créteil, pour les précieux conseils qu'il m'a donné en qualité d'encadrant mémoire.

Je remercie Valérie ARSOUZE FADAT, Directrice des affaires économiques au CHU de Limoges et maître de stage, pour m'avoir permise de réaliser ce mémoire, en me confiant le pilotage de la certification de l'unité de traitement des déchets.

Je remercie Laurent BOULESTEIX, Ingénieur environnement et Thomas SCALABRE, Responsable de l'unité de traitement des DASRI pour leur implication dans la certification, leur disponibilité et la qualité de leur travail.

Je remercie Geneviève COL, Coordinatrice qualité, pour son énergie positive, son implication dans le projet de certification, et pour ses conseils tant pour la certification que pour la rédaction du mémoire.

Je remercie Elisabeth CAUSSON SEVIGNE et Christine QUELIER pour leur aide à la rédaction du mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1. LES ENJEUX DE LA CERTIFICATION QUALITE, SECURITE, ENVIRONNEMENT POUR L'UNITE DE TRAITEMENT DES DASRI	7
1.1. Les enjeux d'une certification fondée sur des référentiels ISO	7
1.1.1. La définition du concept de « certification ISO »	7
1.1.1.1. La reconnaissance des normes de type ISO/ OHSAS au plan national	8
1.1.1.2. Un système de management spécifique pour une meilleure maîtrise des processus.....	9
1.1.1.3. Un système de management relativement souple	11
1.1.2. Les certifications ISO et HAS : entre complémentarité et singularité	13
1.1.2.1. La complémentarité des démarches de certification ISO et HAS	13
1.1.2.2. La compatibilité des objectifs de la certification V2010 et de la démarche Q.S.E.....	14
1.1.2.3. La singularité des démarches ISO et HAS	17
1.2. Les enjeux de la certification pour l'unité de traitement des DASRI	18
1.2.1. Un enjeu économique : la réduction du coût de traitement des DASRI	18
1.2.2. Un enjeu marketing : la promotion du CHU auprès des clients et des autres hôpitaux....	21
1.2.2.1. Une certification pour fidéliser les clients et conquérir de nouveaux marchés	21
1.2.2.2. Une certification comme moyen de communication externe du CHU de Limoges.....	22
1.2.3. Un enjeu environnemental : la mise en place d'une gestion durable des déchets	23
1.2.4. Un enjeu managérial : la gestion durable des ressources humaines	25
1.3. Le choix spécifique des référentiels Qualité, sécurité, environnement	27
1.3.1. La norme ISO 9001 : la recherche de la satisfaction du client.....	28
1.3.2. La norme ISO 14001 : la recherche de la production sans pollution	29
1.3.3. La norme OHSAS 18001 : la recherche de conditions de travail sécurisées	30
2. LA CONDUITE DU PROJET DE CERTIFICATION QUALITE, SECURITE, ENVIRONNEMENT.....	32
2.1. Le choix d'un système de management intégré	32
2.1.1. Système intégré/ Système séparé : Définition des concepts.....	33
2.1.2. Les analogies conceptuelles en faveur des systèmes intégrés	34
2.1.3. Les différents schémas d'intégration	36
2.2. Le management du projet.....	38
2.2.1. Les acteurs de la certification	38

2.2.1.1.	la mobilisation des ressources internes	38
2.2.1.2.	la nécessité de recourir à une aide extérieure.....	41
2.2.1.3.	le rôle particulier de l'élève directeur, pilote de projet	43
2.2.2.	La planification du projet.....	46
2.2.2.1.	l'élaboration du rétroplanning	46
2.2.2.2.	la gestion du calendrier	47
2.2.3.	La maîtrise du budget de certification	50
2.2.3.1.	Les coûts de mise en place de la certification	50
2.2.3.2.	La maîtrise des investissements découlant de la certification	52
CONCLUSION		53
BIBLIOGRAPHIE		54
LISTE DES ANNEXES.....		I

Liste des sigles utilisés

ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
CEI	Commission Electrotechnique Internationale
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
ISO	« International Standard Organization »
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
EPI-EPC	Equipement de Protection Individuelle- Equipement de Protection Collective
GRV	Grand récipient pour vrac
HAS	Haute Autorité de Santé
OHSAS	« Occupational Health and Safety Assessment Series »
PDCA	« Plan, do, check, act »
PEP	Pratiques Exigibles Prioritaires
OIT	Organisation Internationale du Travail
QSE	Normes Qualité (ISO 9001), Sécurité (OHSAS 18001), Environnement (ISO 14001)
RMQSE	Responsable Management Qualité, Sécurité, Environnement
TGAP	Taxe Générale sur les Activités Polluantes

Introduction

Il semblerait de bon ton aujourd'hui d'afficher qu'un établissement de santé soit certifié ISO¹.

En effet, si ces démarches ont été longtemps boudées par le secteur public hospitalier, la tendance paraît s'inverser depuis quelques années. Les certifications ISO ne sont plus l'apanage des seules entreprises privées ; elles sont de plus répandues dans les établissements de santé qui n'hésitent plus à s'engager dans des démarches qualité volontaires, voire même collectionner les certificats de type ISO.

Mais comment expliquer cet engouement soudain pour des certifications non obligatoires et complexes, alors même que les hôpitaux peinent déjà à satisfaire les exigences de la Haute Autorité de Santé ? S'agit-il d'un excès de zèle ou de choix avant-gardistes ?

L'exemple du CHU de Limoges, pionnier des certifications ISO 9001 dans le secteur hospitalier

Le CHU de Limoges fait figure de pionnier des certifications ISO dans le secteur hospitalier avec 3 unités certifiées et renouvelées, et 4 unités en cours de certification depuis 2000. Ces démarches, initiées à l'origine dans les seules unités logistiques avaient été motivées principalement par la volonté de garantir la pérennité de ces secteurs. En effet, le CHU de Limoges, pôle de référence sanitaire régional (2000 lits) et plus grand employeur du Limousin (7080 agents) présente la particularité de n'avoir externalisé aucun secteur logistique. Or la survie de ces unités est fortement liée à la démonstration de leur performance et de leur capacité d'adaptation aux évolutions réglementaires. Le CHU de Limoges a alors pensé que la certification de ces unités pourrait permettre d'anticiper l'accréditation par la maîtrise des interfaces et éviter le recours à la sous-traitance.

Les directions successives ont alors décidé de certifier ISO 9001, deux types de secteurs jugés prioritaires :

- *les secteurs à risque sanitaire ou alimentaire* : la cuisine centrale (ISO 9001 en 2005 et ISO 22000 en 2008), la stérilisation (en 2002), le département d'hématologie clinique et le laboratoire d'hématologie (référentiel JACIE en 2008), le centre de procréation médicale assistée (référentiel JACIE), les essais cliniques (prévu pour 2009), le département de technique biomédicale (prévu pour 2010).
- *les secteurs à risque concurrentiel* : la blanchisserie (en 2000)

¹ ISO : Norme internationale de standardisation

En janvier 2008, le CHU de Limoges a décidé de certifier un nouveau secteur - l'unité de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux- qui présente la particularité d'être un secteur aussi bien à risque sanitaire que concurrentiel. Le champ de certification s'étend de la réception des déchets infectieux à la mise à disposition des déchets banalisés et déchets cytotoxiques.

Focus sur un projet ambitieux: la certification de l'unité de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

On pourrait croire que la certification de l'unité de traitement des DASRI n'est qu'une certification supplémentaire à ajouter au palmarès du CHU de Limoges, mais il n'en est rien. Bien au contraire, ce projet est particulièrement original tant au regard du type de certification choisi, qu'au regard de l'unité concernée :

➤ Une certification ambitieuse et unique dans le secteur hospitalier:

Le CHU de Limoges a opté pour une certification très complexe à savoir la mise en place d'un système de management intégré « Qualité/ Sécurité/ Environnement » (QSE) fondé sur trois référentiels :

- *ISO 9001 : Systèmes de management qualité : Exigences*
- *ISO 14001 : Systèmes de management environnemental : Exigences et lignes directrices pour son utilisation*
- *OHSAS 18001 : Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail : Exigences*

Ce type de certification est d'autant plus ambitieux qu'il n'a jamais été expérimenté dans aucun établissement de santé. La clinique Champeau a certes déjà mis en place un système de management environnemental, mais personne n'a encore engagé à ce jour une triple certification.

➤ Une unité de traitement des DASRI au positionnement stratégique

Le maintien d'une activité de traitement des DASRI sur un site hospitalier est suffisamment rare pour le noter et attirer notre attention. En, effet, la rigueur de la réglementation applicable à cette activité a incité nombre d'établissements de santé à externaliser cette prestation. Le CHU de Limoges a en revanche maintenu son unité de traitement des DASRI, et ce pour des raisons sanitaires et économiques.

En effet, lors de l'élaboration du plan région d'élimination des DASRI en 1990, le préfet a fait le choix de ne maintenir qu'une seule unité de traitement agréée desdits déchets en limousin, afin d'éliminer l'ensemble de la production régionale. Or, il a été

décidé, pour des raisons de santé publique, que cette unité serait implantée sur le site du CHU de Limoges. Ainsi, la destruction des déchets au plus près de la source de production, permettait de réduire significativement les risques sanitaires inhérents à la manipulation et au transport de matières infectieuses, et ce d'autant plus que le CHU est le plus gros producteur de DASRI de la région (1 181 tonnes/an soit 46% de sa production totale).

Le CHU de Limoges s'est donc vu investir d'une réelle mission de service public de traitement des DASRI qui l'a placé progressivement en situation de quasi-monopole régional, avec une cinquantaine de clients répartis sur la Creuse, la Haute Vienne, le Cantal, la Corrèze, la Charente et la Dordogne². Aujourd'hui, l'unité DASRI traite 2 555 tonnes de déchets par an, et fonctionne 7 jours sur 7, 24h/ 24, avec neuf agents en production, un maître ouvrier, un technicien supérieur responsable et un ingénieur environnement.

A noter que si l'intérêt du maintien de l'unité était initialement sanitaire, il est désormais économique, puisque la production client constitue une part significative de son activité, soit 54% de sa production totale (1 374 tonnes /an), ce qui représente une recette de 637 674 € pour l'année 2007.

➤ **Une unité de traitement des DASRI tournée vers le développement durable**

A l'ère du développement durable, la problématique du traitement des déchets est au cœur des préoccupations citoyennes et politiques. Les établissements de santé sont donc invités à améliorer la gestion de leurs déchets en privilégiant les procédés de traitement écologique au détriment de l'incinération³ et à développer le tri sélectif⁴.

Le CHU de Limoges s'est attaché à entrer dans cette dynamique dès 2005 en remplaçant tout d'abord ces incinérateurs par quatre autoclaves ECODAS⁵, qui neutralisent le risque infectieux par un processus de broyage des déchets, suivi d'une phase de stérilisation à la vapeur. Ce procédé dit de « prétraitement » ou de « banalisation », à la fois plus écologique et plus économique, permet d'évacuer ensuite les déchets stérilisés par la voie classique de traitement des ordures ménagères.

Ensuite, le CHU a mis en place le tri sélectif des déchets sur trois de ses sites hospitaliers (Hôpital gériatrique de Chastaingt, Hôpital de la mère et de l'enfant, Hôpital

² C.f. Annexe 1 : Fiche récapitulative de l'activité de l'unité de traitement des DASRI

³ GRENELLE DE L'ENVIRONNEMENT. *Relevé de conclusions de la table ronde « Déchets » du 20 décembre 2007*. [visité le 10.05.2008], disponible sur internet : <http://.legrenelle-environnement.gouv.fr>

⁴ PREFECTURE DE LA REGION LIMOUSIN. Arrêté du 14 janvier 1998 relatif au plan régional d'élimination des déchets industriels spéciaux en Limousin (en cours de renégociation)

⁵ C.f. Annexe 12 : Présentation du fonctionnement de l'unité de traitement des DASRI

de moyen séjour, de soins de suite et de réadaptation de Jean Rebeyrol) et envisage de le déployer sur le site principal de Dupuytren. Il a par ailleurs mis en place des filières dissociées d'élimination des déchets industriels banals, des déchets industriels spéciaux, des D3E (pièces informatiques et électroniques) et du carton.

Enfin, le CHU de Limoges projette à l'avenir de créer une déchetterie afin de mieux gérer le tri de ses déchets ménagers.

Toutefois, si l'unité de traitement des DASRI est particulièrement sensibilisée à la protection de l'environnement, elle a tout de même encore quelques progrès à faire en interne pour réduire la pollution liée à son activité.

Un système de management souvent mal connu :

Les démarches de certification ISO sont souvent dépeintes comme chronophages, coûteuses, psychorigides et formalistes à outrance⁶, mais sait-on seulement ce qu'est réellement une démarche ISO?

Selon la définition officielle de l'organisation internationale de normalisation, les certifications ISO sont des « *procédures par lesquelles une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel*⁷ », Certes ! Mais il serait bien trop réducteur de ne s'en tenir qu'à cette seule définition, qui ne laisse nullement transparaître les subtilités de ce type de certification souvent mal connues.

Il m'est donc apparu intéressant d'analyser ce que la certification Q.S.E pouvait apporter à l'unité de traitement des DASRI dans un tel contexte et de décrypter les enjeux d'un système de management encore assez rare dans le milieu hospitalier.

Mon objectif est de faire découvrir les différentes facettes des démarches ISO et tenter de convaincre de l'intérêt de ces certifications, à travers l'exemple de la démarche qualité, sécurité, environnement de l'unité de traitement des DASRI.

Pour ce faire, je vais m'attacher dans un premier temps à analyser les enjeux de la certification pour l'unité de traitement des déchets et expliquer pourquoi le CHU de Limoges a choisi spécifiquement les référentiels qualité, sécurité, environnement (1), avant d'exposer dans un second temps la méthode que j'ai utilisée pour amorcer cette certification, en qualité d'élève directeur, pilote du projet pendant 8 mois (2).

⁶ LASFARGUE Y., 29 juin 1994, « Iso, sado, maso... », *Le Monde*

⁷ Définition de l'organisation Internationale de Normalisation

1. Les enjeux de la certification qualité, sécurité, environnement pour l'unité de traitement des DASRI

Lorsque un organisme quel qu'il soit se lance dans une démarche de certification qualité, sécurité, environnement, il est impératif que les enjeux aient été clairement identifiés en amont. Un projet aussi complexe ne pourra être conduit avec succès que s'il a du sens pour les différents acteurs. L'identification de ces enjeux est essentielle et sera bien souvent le fil directeur et la source de motivation du groupe de travail dans les moments de doute ou de démobilisation des agents.

Il convient donc de se poser quelques questions préliminaires :

- Quel est l'intérêt d'opter pour les normes de type ISO alors qu'il existe déjà une certification hospitalière spécifique ? (1.1)
- Pourquoi certifier une unité logistique telle que l'unité de traitement des DASRI ? (1.2)
- Pourquoi choisir spécifiquement les référentiels qualité, sécurité, environnement ? (1.3)

1.1. Les enjeux d'une certification fondée sur des référentiels ISO

Les certifications ISO sont fondées sur des référentiels internationaux spécialisés dans des domaines très variés. Cependant, malgré la diversité des référentiels existants, les normes de type ISO présentent certaines particularités communes qui les caractérisent, tant au regard de leur nature que de leur contenu (1.1.1). C'est justement la singularité de ces systèmes de management qui les différencie des référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) et qui explique leur succès. Pour autant, les certifications ISO et HAS ne sont pas antagonistes, bien au contraire ; elles sont complémentaires (1.1.2).

1.1.1. La définition du concept de « certification ISO »

Contrairement aux référentiels de la HAS, valables uniquement sur le territoire français, les normes de type ISO ont une dimension internationale, pour autant elles sont tout à fait applicables au plan national (1.1.1.1), Ce sont des systèmes de management

qui ont pour particularité d'être très rigoureux et de renforcer la maîtrise des processus par les organismes⁸ (1.1.1.2). En dépit des idées reçues, les normes de type ISO ne sont pas aussi rigides qu'on pourrait le penser, elles offrent en effet une certaine souplesse de gestion pour l'organisme (1.1.1.3).

1.1.1.1. La reconnaissance des normes de type ISO/ OHSAS au plan national

L'ISO, organisation internationale de normalisation, est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation (comités membres de l'ISO), qui publie des référentiels de certification dans des domaines tels que la qualité et l'environnement.

Ces normes internationales sont en général élaborées par les comités techniques de l'ISO, en lien avec les organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales concernées. Les projets de normes internationales sont rédigés par les comités techniques, conformément aux règles données dans les directives ISO/ CEI, puis sont publiés comme normes internationales après avoir été approuvés par les comités membres votants. Ces référentiels sont ensuite intégrés progressivement à la normalisation européenne, avant d'être appliqués sur le territoire français. Ainsi, les normes ISO 9001 : 2000 (qualité) et 14001 : 2004 (environnement) ont le statut de norme française.

Le référentiel OHSAS⁹ est également rédigé conformément aux règles édictées dans les directives ISO/ CEI¹⁰. En revanche, il n'est pas publié par l'ISO mais par un autre organisme de normalisation : le British Standards Institute (BSI), organisme britannique de certification.

En effet, à la suite d'un débat passionné sur le plan national et international, l'ISO s'est prononcée contre la normalisation internationale du référentiel OHSAS de management de la santé et de la sécurité au travail¹¹ pour les motifs suivants : d'une part, le management de la santé et de la sécurité au travail relève du dialogue tripartite (employeurs, employés, gouvernements), d'autre part, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) semble plus compétente que l'ISO pour traiter du problème. Le gouvernement français s'est également opposé à cette normalisation en arguant du fait que la France disposait déjà d'une réglementation du travail suffisamment fournie.

⁸ Organisme: Terme générique employé dans les normes ISO pour désigner toute entité publique ou privée, possédant sa propre structure fonctionnelle et administrative, qui s'engage à respecter les référentiels ISO.

⁹ Occupational Health and Safety Assessment Series

¹⁰ Commission électrotechnique internationale

Cette position très tranchée n'a pas pour autant découragé les industriels français qui sont de plus en plus nombreux à s'appuyer sur le référentiel OHSAS 18001 pour la certification des systèmes de management de la sécurité et les systèmes de management intégrés. En effet, quand bien même la présente norme n'aurait-elle pas le statut de norme française, rien n'interdit les organismes de s'y référer. Cette norme répond à un réel besoin des organismes, c'est pourquoi ce référentiel est appliqué par les entreprises françaises.

1.1.1.2. Un système de management spécifique pour une meilleure maîtrise des processus

Les certifications ISO sont avant tout des « systèmes de management », c'est-à-dire des outils au service des managers, pour les aider à garantir la fiabilité de leur processus de production.

Ces certifications se présentent en effet comme des démarches de progrès structurantes, offrant des bénéfices tangibles et réels constatés par les organismes qui en ont fait l'expérience.

Dans le secteur de la santé, les équipes ayant mis en place la certification ISO 9001 mettent en avant un certain nombre d'apports¹² qui sont d'ailleurs communs aux démarches ISO/ OHSAS en général :

➤ L'instauration d'une culture d'amélioration continue:

La certification incite les agents à entrer dans une dynamique d'amélioration perpétuelle de leurs pratiques, en instaurant une culture d'évaluation annuelle, lors des audits internes¹³ et des audits de suivi externes. Les fiches d'actions préventives et correctives les obligent en effet à interroger régulièrement leurs pratiques, pour remédier aux dysfonctionnements identifiés ; et les enquêtes de satisfaction les contraignent à prendre en compte les attentes des clients.

Cette méthode de travail à laquelle les agents sont peu habitués, va les aider à aborder les problèmes autrement en les incitant à analyser eux-mêmes les causes pour éviter que l'incident ne se reproduise. Les agents sont alors contraints de s'adapter en permanence aux évolutions d'organisation qui en découlent.

¹¹ Symposium ISO, conclusions, 5 et 6 septembre 1996, à Genève.

¹² KERTESZ C., 2006, « La certification dans les établissements de santé : Principes, procédures, bénéfices et différences avec l'accréditation », *Techniques Hospitalières*, n°695, pp. 11-15

¹³ L'audit interne est un audit ciblé sur les processus. L'audit blanc est un pré audit d'essai avant l'audit de certification. L'audit de certification est celui à l'issue duquel est délivré le certificat par l'organisme extérieur. Les audits de suivi permettent le maintien du certificat.

➤ **La fédération des équipes autour d'un objectif commun défini dans une politique qualité :**

La démarche ISO motive et fédère les équipes autour d'objectifs communs. C'est une aventure collective qui ne peut aboutir que si l'ensemble des personnels concernés respecte l'organisation établie en fonction des exigences édictées par la norme et accepte d'intégrer les changements à son mode de fonctionnement. La standardisation des procédés de fabrication et la soumission aux mêmes exigences référentielles cultivent un sentiment d'appartenance fort qui renforce la solidarité entre les agents.

➤ **Le renforcement de la transversalité entre les services:**

L'approche processus favorise la naissance d'une relation « clients/ fournisseurs » entre les services. En effet, les unités certifiées sont contraintes de communiquer avec les autres services pour définir précisément l'engagement de chacun au sein de l'organisation et éviter ainsi les dysfonctionnements aux interfaces.

Le succès du système de certification ISO s'explique notamment par l'engagement de tous à tous les niveaux de l'organisme, et plus particulièrement du niveau le plus élevé, c'est-à-dire la direction, qui va évaluer l'efficacité du système lors des revues de direction.

➤ **La sécurisation et la pérennisation de l'organisation :**

Par l'instauration d'une veille juridique rigoureuse, la certification contribue à renforcer la maîtrise des risques de tous types (techniques, humains, juridiques...). La réglementation étant de plus en plus fournie, l'organisation d'une veille juridique structurée permet en effet de limiter les risques d'oubli.

Les dispositifs de contrôle et d'audit permettent par ailleurs de maintenir la dynamique instaurée et de garantir la pérennité de l'organisation, en dressant périodiquement l'inventaire des exigences respectées ou occultées par l'organisme.

Il convient de préciser en outre que si les normes ISO n'exemptent aucunement les organismes de leur responsabilité vis-à-vis des obligations légales qui leur incombent, il est toutefois indéniable que la mise en place d'une traçabilité efficace leur permettra plus facilement de prouver qu'ils se sont acquittés de leurs obligations légales et réglementaires, si jamais leur responsabilité est mise en cause. La certification est en ce sens un outil de gestion des risques intéressant.

➤ **La garantie d'une organisation rigoureuse et d'une maîtrise optimale des processus:**

Les fiches de progrès prévoyant des actions correctives sur les dysfonctionnements constatés, les enquêtes de satisfaction auprès des clients pour intégrer les nouvelles attentes, la traçabilité des actions engagées, la gestion du système

documentaire (...) sont des outils favorisant une gestion des processus rigoureuse et constante. La contractualisation entre les services et l'organisation d'audits internes vont permettre de maîtriser les points sensibles, souvent identifiés aux interfaces. La mise en place d'indicateurs de suivi permet également au directeur de mesurer objectivement les progrès de l'unité certifiée.

Au CHU de Limoges, la coordinatrice qualité a par ailleurs observé dans les services certifiés un certain nombre de bénéfices supplémentaires, tels qu'une meilleure coordination dans l'organisation du travail par la structuration des agents. En effet, les formulaires aident les agents à mieux comprendre l'organisation de leur service et à clarifier leur fonctionnement. Les cartographies leur permettent en outre de se situer dans l'institution et de comprendre comment ils interagissent avec leur environnement. Finalement, on s'aperçoit au bout de quelque temps que le formalisme qui était un handicap pour l'agent devient ensuite un outil dont certains ne peuvent plus se passer. La certification offre aux agents des repères et surtout une méthode de travail très appréciée.

1.1.1.3. Un système de management relativement souple

Les normes ISO/ OHSAS sont réputées rigides en raison de l'important formalisme qu'elles impliquent et pourtant, l'organisme reste relativement libre de gérer la mise en place du système dans le respect du cadre normatif.

➤ Des normes à caractère universel :

Les normes ISO et OHSAS sont des référentiels contenant des spécifications pouvant être utilisées par tout type d'organisme public ou privé, quel que soit sa taille et son implantation dans le monde. Elles s'adaptent à diverses conditions géographiques, culturelles et sociales. Rien ne fait donc obstacle à ce que ces référentiels soient employés dans le secteur hospitalier public ou privé.

➤ Des normes tolérant la diversité :

Ces normes internationales ne visent ni l'uniformité des structures des systèmes de management, ni celle de la documentation. L'étendue de la documentation du système de management de la qualité est d'ailleurs très variable d'un organisme à l'autre en fonction de sa taille, des interactions de processus et de la compétence du personnel.

➤ Une liberté dans le choix des moyens et le niveau d'exigence à atteindre:

Les normes n'imposent pas de moyens quant à la satisfaction de leurs exigences. Elles demandent simplement la mise en place de procédures sans décrire pour autant

celle qu'il convient d'adopter. L'organisme est donc libre d'utiliser la procédure qui lui correspond le mieux. Les normes fixent également un certain nombre d'orientations et de règles, sans jamais préciser le niveau d'exigence que chaque organisme doit impérativement atteindre.

En effet, l'ISO 14001 n'établit pas d'exigences absolues en matière de performance environnementale, au-delà de l'engagement dans la politique environnementale de se conformer aux exigences légales applicables et aux autres exigences auxquelles l'organisme a souscrit, à la prévention des pollutions ainsi qu'au principe d'amélioration continue. Ainsi, deux organismes effectuant des opérations similaires mais ayant des performances environnementales différentes peuvent être tous deux conformes aux exigences de la présente norme.

Il en est de même pour la norme OHSAS 18001 qui contient des exigences objectivement vérifiables, mais n'établit pas d'exigences de performances santé et sécurité au travail au-delà de celles légalement applicables, des engagements contenus dans la politique de l'organisme et des autres dispositions auxquelles se conforme l'organisme en matière de prévention des lésions corporelles et atteintes à la santé et d'amélioration continue. Par conséquent, là encore, deux organismes effectuant des activités similaires peuvent répondre aux exigences, tout en ayant des niveaux de performance santé et sécurité au travail différents.

➤ **Plus un guide méthodologique qu'une norme :**

Au-delà des contraintes réglementaires, l'organisme dispose alors de quelques marges de manœuvre pour définir le niveau d'excellence qu'il souhaite atteindre. Les normes internationales ne sont donc pas des « normes » au sens réglementaire du terme, mais plutôt un guide méthodologique, caractérisé par trois actions principales : Analyser/ Prouver/ Améliorer.

➤ **La liberté de se certifier ou de ne pas le faire:**

Les normes de type ISO n'aboutissent pas nécessairement à la certification d'un système. Elles peuvent être tout simplement utilisées en interne ou à des fins contractuelles, comme assistance générique à un organisme pour la mise en place d'un système de management quel qu'il soit. Néanmoins l'utilisation de la norme comme appui méthodologique peut s'avérer insuffisante pour fournir à un organisme l'assurance que sa performance, non seulement satisfait, mais continuera à satisfaire aux exigences légales et à celles de sa politique. C'est pourquoi, Il est recommandé de certifier les processus pour garantir l'efficacité du système et son insertion dans l'organisme.

On s'aperçoit donc que les certifications de type ISO présentent un certain nombre d'avantages, toutefois on peut s'interroger sur l'intérêt d'une telle démarche dans des établissements déjà certifiés par la Haute Autorité de Santé. Les certifications ISO et HAS ne font-elles pas double emploi ?

1.1.2. Les certifications ISO et HAS : entre complémentarité et singularité

Les certifications ISO et HAS ne sont pas des démarches antagonistes. Bien au contraire, elles sont complémentaires (1.2.2.1). La nouvelle version de la certification HAS fixe notamment des objectifs qualité, sécurité et environnement compatibles avec la certification QSE (1.2.2.2). Toutefois, malgré leurs similitudes, ces démarches présentent des différences qui justifient leur coexistence (1.2.2.3).

1.1.2.1. La complémentarité des démarches de certification ISO et HAS

La certification de type ISO développée dans les établissements de santé et l'accréditation, nouvellement appelée certification, ne sont pas des démarches exclusives l'une de l'autre mais des démarches complémentaires visant des objectifs communs : la garantie de la qualité et de la sécurité des soins, et la promotion de l'amélioration continue de la qualité au sein des établissements.

La HAS a d'ailleurs signé en 2004 des accords avec des organismes certificateurs (AFAQ, BVQI et SGS) pour favoriser la reconnaissance de la certification dans la procédure d'« accréditation ». Ces accords prévoient notamment la prise en compte des apports des certifications ISO dans la procédure de certification de la HAS pour les établissements de santé concernés¹⁴. Ainsi, même si les établissements de santé sont toujours tenus d'inclure les unités certifiées dans le rapport d'autoévaluation, les experts HAS tiennent compte de l'existence de ces certificats lors de la visite.

Dans le cadre de la certification V2010, la HAS envisage de supprimer les visites dans les secteurs ayant obtenu une certification ISO ou une garantie de qualité délivrée par un organisme extérieur¹⁵. Il s'agit de considérer ici que l'obtention d'un certificat de type ISO est un gage de qualité suffisant et qu'un second regard n'est pas alors justifié, ni

¹⁴ KERTESZ.C, 2004, « Les nouveaux modèles de fonctionnement des services techniques : le guide de management de la qualité appliqué aux activités de la fonction technique des établissements de santé », *Techniques Hospitalières*, n°685, pp. 44-47.

¹⁵ MOUNIC V., LENOIR-SALFATI M, « Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Haute Autorité de Santé », in PARC DES EXPOSITIONS, *salon Hôpital Expo*, 27 mai 2008, Paris.

nécessaire, d'autant plus que les exigences des normes internationales sont beaucoup plus élevées que celles fixées par la HAS.

La prise en compte des certificats ISO dans les procédures de la HAS présente alors un double intérêt : d'une part la HAS va accroître son efficacité en évitant les redondances et en développant les complémentarités de la certification avec les inspections et dispositifs d'évaluation externe¹⁶, d'autre part, les établissements pourront être libérés des formalités exigées par la HAS sur les secteurs certifiés.

1.1.2.2. La compatibilité des objectifs de la certification V2010 et de la démarche Q.S.E

La V2010 propose dans son manuel pilote une nouvelle gradation des exigences qui se présente de la manière suivante :

N1 : Réponse minimale ou formalisation incomplète des pratiques ou de l'organisation

N2 : Organisation en place ou formalisation de l'organisation et des pratiques

N3: Fonctionnement maîtrisé avec implication des professionnels et communication organisée

N4 : Démarche évaluée ou amélioration continue.

Dans la version V2010, plusieurs critères sont susceptibles de faire écho aux normes ISO 14001, 9001 et OHSAS 18001 que ce soit en termes de développement durable, de qualité de la prestation ou de sécurité au travail, ce qui peut présenter un intérêt non négligeable pour les établissements qui se lancent dans une démarche ISO :

➤ Critère 1.e : Engagement dans le développement durable¹⁷ :

« N1 : Les enjeux liés au développement durable sont identifiés.

N2 : Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement. L'établissement associe les acteurs du milieu économique, social, associatif et environnemental à la définition de ses actions et programmes de développement durable.

N3 : Un programme pluriannuel définissant des objectifs prioritaires est décliné à moyen et long terme en tenant compte des impacts environnementaux, économiques et sociaux.

¹⁶ HAS. *Manuel de certification des établissements de santé : V2010 en version pilote*, p. 16, § 5 sur les développements en cours [visité le 03.06.2008], disponible sur internet : <http://has.fr>

¹⁷ HAS. *Manuel de certification des établissements de santé : V2010 en version pilote*. Chapitre 1. Management de l'établissement/ partie 1 management stratégique/référence 1. Stratégie de l'établissement/ critère 1 e. engagement dans le développement durable

N4 : L'établissement a défini une politique de développement durable intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement. »

L'intégration de ce nouveau critère dans la V2010 témoigne de la volonté de la HAS de faire entrer le développement durable à l'hôpital. A ce titre, la définition d'une politique qualité/ sécurité/ environnement dans le cadre de la mise en place d'un système de management intégré, correspond tout à fait au niveau d'exigence N4 fixé pour ce critère.

➤ **Critère 1.h : Développement d'une culture qualité et sécurité (Pratique exigible prioritaire)¹⁸ :**

« N1 : La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité est diffusée et accessible dans l'établissement.

N2 : Le personnel reçoit régulièrement des informations écrites sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

N3 : L'établissement organise régulièrement des activités au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont systématiquement abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées...).

N4 : La direction suit régulièrement l'évolution de la culture sécurité de l'établissement (sondage, remontée d'informations, implication des personnels dans les groupes de réflexion et de travail sur la qualité et la sécurité). »

La norme ISO 9001 notamment, qui place la satisfaction au cœur de ses préoccupations, développe chez les agents une forte culture qualité. En ce sens, la norme ISO 9001 peut aider considérablement les établissements à atteindre le niveau 4.

➤ **Critère 3.d : Santé et sécurité au travail¹⁹ :**

« N1 : Les risques professionnels sont évalués à périodicité définie. Le document unique est établi.

N2 : Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et la médecine du travail.

N3 : Une évaluation de l'efficacité des actions entreprises est réalisée sur la base du bilan de la médecine du travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.

¹⁸ HAS. *Manuel de certification des établissements de santé : V2010 en version pilote*. Chapitre 1. Management de l'établissement/ partie 1 management stratégique/référence 1. Stratégie de l'établissement/ critère 1 h. développement d'une culture qualité et sécurité.

N4 : Le programme de prévention des risques est réajusté annuellement sur la base de ces évaluations ».

La norme OHSAS 18001, spécifiquement axée sur la santé et la sécurité au travail, est dans cette perspective, particulièrement exemplaire. En effet, cette norme met l'accent sur l'identification des risques professionnels pour mieux les prévenir. Elle envisage également la mise en place d'actions correctives et des dispositifs d'évaluation périodique. A ce titre, cette norme va bien au-delà des exigences fixées par la HAS.

En dehors des critères qualité, sécurité, environnement, la HAS a par ailleurs prévu un critère plus spécifique à l'activité de l'unité de traitement des DASRI : **le critère 7.e. « gestion des déchets »**²⁰ qui présente la particularité de correspondre en tous points aux bénéfices attendus d'une démarche Q.S.E appliquée à une unité de traitement des déchets hospitaliers :

« N1 : La collecte et l'élimination des déchets sont organisées. Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.

N2 : Les professionnels sont formés aux procédures de collecte et d'élimination des déchets.

N3 : Les dysfonctionnements en matière de collecte et d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.

N4 : Des actions d'amélioration intégrant l'objectif de réduction de la production de déchets sont engagées suite aux analyses des dysfonctionnements. Une charte de partenariat environnemental est signée avec les principaux fournisseurs et prestataires de l'établissement. »

On s'aperçoit effectivement que les objectifs fixés par la HAS concernant la gestion des déchets sont à la fois d'ordre sécuritaires, sanitaires et environnementaux. En ce sens, la mise en place d'un système de management intégré garantit la gestion optimale des déchets telle que définie par la HAS.

Les certifications ISO et HAS sont donc tout à fait compatibles, même si elles se différencient par des divergences méthodologiques.

¹⁹ HAS. *Manuel de certification des établissements de santé : V2010 en version pilote*, Chapitre 1. Management de l'établissement/ partie 2 management des ressources /référence 3. la gestion des ressources humaines/ critère 3 d. santé et sécurité au travail.

1.1.2.3. La singularité des démarches ISO et HAS

Si les termes utilisés aujourd'hui sont les mêmes, il existe cependant des différences notables entre les deux démarches²¹.

Les caractéristiques de la certification ISO ou OHSAS, par rapport à la démarche de la HAS sont les suivantes :

➤ **une démarche volontaire :**

Si la certification ISO est une démarche facultative, la certification HAS est en revanche obligatoire pour les établissements de santé.

➤ **un guide méthodologique :**

L'ISO fournit une méthodologie pour maîtriser et améliorer la qualité des services et l'efficacité de l'organisation en vue de satisfaire les clients, tandis que la certification HAS s'appuie sur un manuel de certification comportant des références formulées en objectifs à atteindre.

➤ **une certification tantôt sectorielle tantôt globale :**

L'ISO peut s'appliquer à l'ensemble de l'établissement ou un champ d'activités bien défini. La HAS concerne l'établissement dans sa globalité. Dans les deux cas cependant, c'est l'approche processus qui prévaut.

➤ **un audit réalisé par une tierce personne :**

L'audit ISO est réalisé sur site, sans auto-évaluation préalable, par un auditeur spécialisé dans le secteur, qui rend un rapport d'audit sur la base duquel le comité de certification prend sa décision. Dans le cadre de la HAS en revanche, l'établissement fait son auto-évaluation. Il est ensuite évalué par des pairs qui émettent un rapport examiné par une commission de certification.

➤ **la délivrance d'un certificat de conformité :**

Dans le cadre de la certification ISO, un rapport d'audit comportant les écarts, les points forts et axes de progrès est remis à l'organisme, qui se voit délivrer ensuite le certificat si les écarts sont levés. La HAS, en revanche, remet un rapport de certification comportant

²⁰ HAS. *Manuel de certification des établissements de santé : V2010 en version pilote*, Chapitre 1. Management de l'établissement/ partie 2 management des ressources/ référence 7. la qualité et la sécurité de l'environnement/ critère 7 e. gestion des déchets

²¹ KERTESZ C., 2006, « La certification dans les établissements de santé : Principes, procédures, bénéfices et différences avec l'accréditation », *Techniques Hospitalières*, n°695, pp. 11-15

une échelle graduée de conformité et un compte rendu de certification accessible au public.

➤ **le renouvellement annuel du certificat :**

Si la certification HAS intervient tous les quatre ans, le certificat ISO est par contre renouvelé tous les trois ans, avec deux audits de suivi intermédiaires. Le suivi est donc beaucoup plus exigeant.

➤ **un coût de certification, fonction des activités à certifier et de l'effectif impliqué pour l'ISO :**

Le coût de la certification HAS est en revanche pris en charge par l'assurance maladie.

Les démarches ISO sont donc certes complémentaires des certifications HAS, mais surtout beaucoup plus exigeantes, en terme de traçabilité et de sécurisation de l'organisation, c'est notamment la raison pour laquelle le CHU de Limoges a décidé de certifier l'unité de traitement des DASRI.

1.2. Les enjeux de la certification pour l'unité de traitement des DASRI

Le contexte particulier dans lequel s'inscrit l'unité de traitement des DASRI explique pourquoi la direction a décidé de mettre en place une certification de type ISO, et plus particulièrement une démarche Q.S.E.

Les enjeux de la certification pour cette unité sont principalement de quatre ordres : économique (1.1.1), marketing (1.1.2), environnemental (1.1.3) et managérial (1.1.4).

1.2.1. Un enjeu économique : la réduction du coût de traitement des DASRI

Avec une cinquantaine de clients répartis sur la région²², l'unité de traitement des DASRI du CHU se positionne en situation de quasi-monopole. Mais quasi-monopole ne signifie pas « concurrence zero ».

En effet, le CHU de Limoges subit de plus en plus de pressions de la part de son concurrent bordelais, qui est une filiale du groupe VEOLIA.

²² Annexe 1 : Fiche récapitulative d'activité de l'unité de traitement des DASRI

Cette dernière a investi il y a près de 2 ans dans de nouveaux équipements lui permettant d'accroître sa capacité de traitement de 12 000 à 18 000 tonnes, espérant ainsi développer son activité. Or, cette entreprise peine aujourd'hui à conquérir de nouveaux marchés et les bénéfices escomptés en terme de tonnages supplémentaires ne sont toujours pas aux rendez vous. Afin de rentabiliser ses investissements, le concurrent bordelais tente alors par tous moyens d'étendre sa clientèle y compris, au détriment de celle du CHU de Limoges. Elle a notamment essayé de démarcher des clients situés en Charente, Poitou Charente et Limousin.

Or, le CHU de Limoges ne peut se permettre de subir une telle perte, dans la mesure où la survie de l'unité de traitement des DASRI est largement fonction du tonnage.

L'ingénieur environnement a calculé le seuil en deçà duquel le traitement en interne ne serait plus rentable, à savoir 1 400 tonnes par an, ce qui représente un coût de traitement d'environ 800€ la tonne. Or la seule production interne de déchets infectieux ne suffit pas à atteindre ce seuil ; le CHU ne produisant que 1 175 tonnes de DASRI par an. Par ailleurs, la perspective de déploiement du tri sélectif sur l'hôpital de Dupuytren risque d'accélérer considérablement la chute du tonnage.

Pour l'instant, les tarifs proposés par le CHU de Limoges (467€ la tonne) restent tout à fait compétitifs par rapport à ceux de son concurrent (430 € la tonne)²³, dans la mesure où le périmètre des prestations est quelque peu différent. Cependant, le coût de traitement du CHU de Limoges risque d'augmenter considérablement à l'avenir, du fait de sa soumission à la TVA. L'exemption de cette taxe s'expliquait par le fait que l'unité du CHU était jusqu'à ce jour en situation de monopole, or l'émergence d'un marché concurrent menace de remettre en cause cette faveur et d'augmenter le coût de traitement de 90€ la tonne.

Il est donc impératif que le CHU de Limoges anticipe ces évolutions et trouve une parade à la hausse des coûts.

Certaines mesures ont déjà été prises et ont permis de réaliser des économies significatives :

- **remise en concurrence des fournisseurs de pièces détachées et renégociation des coûts de maintenance** : 42 000 € d'économie entre 2006 et 2007

²³ Annexe 1 : Fiche récapitulative d'activité de l'unité de traitement des DASRI / Annexe 2 : Tableau récapitulatif des dépenses de l'unité de traitement des DASRI en 2007

- **baisse du coût d'incinération des ordures ménagères par la commune :**
30 000 € d'économie par rapport à 2007

D'autres n'ont pas encore été mises en œuvre mais ont été envisagées :

- **internalisation de la prestation de transport des déchets banalisés vers la centrale d'incinération communale :** 35 000 € d'économies
- **constitution d'un groupement d'intérêt public** avec les clients pour continuer à bénéficier de l'exonération de TVA et préserver la clientèle
- **suppression du travail de nuit :** La réorganisation du travail en 2 x 8 heures au lieu de 3 x 8 heures permettrait de n'exploiter que trois machines sur quatre et de faire l'économie de deux agents soit 70 000 €. Ces derniers seraient réaffectés à la gestion du tri sélectif et à la nouvelle déchetterie.

Toutefois ces actions ne seront mises en place qu'à moyen terme ; la Direction des affaires économiques souhaitant en premier lieu privilégier une autre piste, celle des **économies d'énergies**. En effet, si les banaliseurs ECODAS ont pour principale qualité d'être écologiques, ils ont parallèlement pour défaut d'être « énergivores ». La consommation d'eau, de vapeur et d'électricité s'est élevée à près de 55 650 € en 2007²⁴. Une action ciblée sur les énergies pourrait alors constituer une source d'économie non négligeable.

Pour ce faire, la Direction des affaires économiques a pensé que la mise en place d'une certification ISO et plus particulièrement d'un système de management environnemental pourrait aider l'unité de traitement des DASRI à améliorer ses performances.

Une étude publiée récemment par l'AFNOR témoigne effectivement de réelles économies enregistrées par les entreprises certifiées ISO 14 001²⁵ :

- 10 à 15% d'économies sur les consommations d'eau et d'énergie,
- réduction de 5 à 25% de l'utilisation des matières premières,
- amélioration de 20 à 30% du recyclage et de la valorisation des déchets,
- réduction de 20 à 80% des émissions de gaz à effet de serre.

La certification ISO peut donc constituer une piste intéressante et aider l'unité de traitement des DASRI à maîtriser plus efficacement ses coûts.

²⁴ Annexe 2 : Tableau récapitulatif des dépenses de l'unité de traitement des DASRI en 2007

²⁵ AFNOR. Comprendre la relation entre certification ISO 14001 et performance des entreprises. [Visité le 26.08.2008], disponible sur Internet : <http://portailgroupe.afnor.fr/v3/legrenelleenvironnement/index.htm>

1.2.2. Un enjeu marketing : la promotion du CHU auprès des clients et des autres hôpitaux

L'enjeu marketing est double puisqu'il vise d'une part à faire la publicité de l'unité de traitement des DASRI auprès des clients (1.1.2.1) et d'autre part à promouvoir l'image de marque du CHU de Limoges dans le milieu hospitalier (1.1.2.2).

1.2.2.1. Une certification pour fidéliser les clients et conquérir de nouveaux marchés

Etant donné l'environnement concurrentiel dans lequel l'unité de traitement des DASRI du CHU évolue, il devient de plus en plus nécessaire d'élaborer une stratégie de fidélisation de la clientèle, voire de conquérir de nouveaux marchés.

Le CHU se doit notamment de garantir la qualité et la sécurité de la prestation aux clients et d'être à l'écoute de leurs attentes. Les exigences des clients sont d'autant plus fortes qu'ils restent responsables des déchets qu'ils produisent jusqu'à leur élimination, traitement ou mise en décharge. La responsabilité de l'établissement de santé producteur ne cesse pas du fait de la sous-traitance du traitement. Elle reste engagée conjointement à celles des tiers qui assurent l'élimination. Les clients sont donc très attentifs aux conditions de traitement des DASRI, car ils doivent s'assurer que leur destruction est conforme à la réglementation²⁶.

Le traitement des déchets infectieux est en effet une activité très risquée et règlementée qui requière une grande rigueur organisationnelle, eu égard :

- au délai à respecter entre la production du déchet et son élimination (maximum 72 heures),
- aux risques environnementaux lors de l'entreposage, le transport et le traitement du déchet,
- aux risques d'exposition des agents aux produits toxiques.

Les établissements de santé clients seront d'autant plus vigilants et exigeants vis-à-vis du prestataire de service que le Grenelle de l'environnement envisage la mise en

²⁶ Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques

place d'une responsabilité élargie du producteur (REP)²⁷. Dès lors les sous-traitants sont fortement incités à sécuriser leur processus de traitement par divers moyens.

Le CHU de Limoges a pour sa part opté pour des démarches de type ISO qui s'appuient sur des normes internationalement reconnues. L'obtention d'un triple certificat qualité, sécurité, environnement garantit en effet la sécurisation du processus à tous les niveaux, ce qui peut être particulièrement rassurant pour le client. Les cliniques, notamment, sont très demandeuses de ces certificats.

En outre, les clients sont de plus en plus préoccupés par le respect de l'environnement. Cette certification serait alors témoin de l'engagement du CHU en faveur de la protection de l'environnement.

Enfin, ces certificats étant de plus en plus répandus dans les entreprises privées de traitement des déchets, il paraissait naturel que le CHU de Limoges l'obtienne pour être en mesure de rivaliser avec ces dernières. Le CHU pourra ainsi faire valoir cet argument marketing auprès de ses clients, vis-à-vis de son principal concurrent bordelais qui n'est pas encore certifié qualité, sécurité, environnement.

1.2.2.2. Une certification comme moyen de communication externe du CHU de Limoges

Le CHU de Limoges est longtemps resté replié sur lui-même de par son enclave géographique. De fait, il n'était qu'un CHU parmi d'autres, dont on entendait parler que très rarement.

Cet établissement dont la gestion est exemplaire depuis plusieurs années méritait cependant une toute autre réputation. Le Directeur Général a donc lancé une vaste campagne de communication pour « faire parler du CHU de Limoges », en mettant en valeur les projets et succès de l'hôpital.

Cette politique de communication a concerné aussi bien les activités médicales que les secteurs logistiques. La direction générale a notamment médiatisé la certification

²⁷ INTERGROUPE DECHET. *Le Grenelle de l'environnement. Synthèse*. [Visité le 10.05.2008], disponible sur Internet : <http://.legrenelle-environnement.gouv.fr>

de la cuisine centrale et de la blanchisserie hospitalière, par le biais de la presse locale et des revues professionnelles²⁸.

L'ingénieur environnement a lui-même beaucoup communiqué sur l'unité de traitement des DASRI²⁹ et l'acquisition de nouveaux procédés de traitement écologique.

Cette campagne de communication sera à l'avenir d'autant plus intéressante qu'il n'existe d'une part quasiment plus d'unité hospitalière in situ de traitement des DASRI, et que d'autre part aucune des unités restantes n'est certifiée qualité, sécurité, environnement. L'acquisition d'une telle certification par le CHU de Limoges serait donc une première dans le secteur hospitalier.

Le bénéfice en terme d'image serait important vis-à-vis des autres établissements de santé et du secteur privé. La mise en place avec succès de ces trois référentiels serait l'occasion de mettre en valeur les compétences du service public et de montrer que les établissements publics sont capables de répondre aussi bien que le secteur privé aux exigences de ces trois normes. Cette certification ne doit pas rester l'apanage des établissements privés. Elle doit s'étendre également aux hôpitaux publics.

Il semble particulièrement important à une époque où l'efficacité du service public est contestée, de souligner que les fonctionnaires hospitaliers puissent être aussi performants que les salariés du secteur privé dans un domaine aussi sensible que celui du traitement des DASRI.

1.2.3. Un enjeu environnemental : la mise en place d'une gestion durable des déchets

Avec une production annuelle de 700 000 tonnes, les hôpitaux publics et privés représentent à eux seuls près de 3,5%³⁰ de la production nationale de déchets de toutes sortes. Les difficultés liées à la gestion de 1 050kg de déchets par lit et place chaque année sur le territoire (contre une moyenne nationale de 360kg par an et par habitant) s'expriment autant en terme de volumétrie que de problématiques sanitaires propres à l'activité hospitalière.

En effet, outre les déchets dits « domestiques » ne nécessitant pas de traitement particulier, l'hôpital produit :

²⁸ COL G., GROULIER V., 2006, « CHU de Limoges. Management qualité en blanchisserie : Un système qui fait ses preuves... », *Techniques Hospitalières*, n°695, pp. 38-45.

²⁹ BOULESTEIX L., 2008, « Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux au CHU de Limoges », *Techniques Hospitalières*, n°708, pp. 63-66.

³⁰ MEAH. *Optimiser le circuit des déchets : contexte et enjeux*. [visité le 03.07.2008], disponible sur internet : <http://meah.sante.gouv.fr>

- *des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)* : Ce sont les flacons de culture, seringues, matériels coupants piquants et à usage unique, contenant des traces de germes susceptibles de contaminer l'homme.
- *Des déchets assimilables aux déchets industriels spéciaux (DIS)* : Ce sont par exemple les solutés de laboratoires, le matériel informatique et tous les produits dont la dangerosité ou la toxicité requière qu'ils soient neutralisés ou recyclés.
- *Des déchets radioactifs et cytotoxiques*, dont le traitement est extrêmement réglementé.

L'hôpital, producteur de soins et, par la même, consommateur d'énergie, de ressources, et générateur de déchets, constitue une source importante de pollution qu'il convient de maîtriser. En effet, on peut difficilement admettre qu'un établissement, dont l'essence même est de sauver des vies, nuise plus à long terme qu'il ne préserve. « *Il revient donc aux établissements de santé de relever ce défi qui est celui de l'exemplarité, en anticipant et en agissant dans un cadre de santé renouvelé*³¹ ».

L'hôpital doit être en mesure de maîtriser l'impact sanitaire et environnemental de son activité pour entrer ainsi dans une démarche de développement durable, au sens de la définition admise par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1987, à savoir : « *Un développement qui permette aux générations présentes de satisfaire leurs besoins sans remettre en cause la capacité des générations futures à satisfaire les leurs* ».

Cependant, il ne suffit pas de rédiger des chartes environnementales pour faire du développement durable. L'hôpital doit être en mesure d'assumer financièrement la traduction concrète de ses engagements sur le terrain. Or, à l'heure de la T2A, la tentation est grande de privilégier les enjeux financiers de court terme, au détriment de la recherche d'externalités positives et qualitatives à long terme, aux bénéfiques plus diffus de la société.

Dans les faits, on s'aperçoit que la plupart des actions menées en faveur du développement durable dans les hôpitaux ont souvent été guidées par la contrainte (nécessité de mise en conformité avec les évolutions réglementaires) ou par des incitations financières avantageuses (exonérations de taxes ou subventions diverses notamment dans le cadre du plan hôpital 2012³²).

³¹ FRANCOIS L., MOUREAUX-PHILIBERT S., SANCHEZ N., LEROUX V., mai 2008, « Décider de se mettre au développement durable... Et après ? », *Gestions hospitalières*, n°476, pp. 321-323

³² MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n°248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan hôpital 2012

L'approche du CHU de Limoges a été quelque peu différente, dans la mesure où l'unité est déjà aux normes et que le directeur n'a sollicité aucune aide financière à ce jour. La décision de mettre en place une certification Q.S.E était donc totalement volontaire, la directrice des affaires économiques ayant souhaité sortir d'une position attentiste et anticiper les évolutions futures, s'en attendre de devoir agir sous la contrainte. La certification Q.S.E devient alors un outil au service du développement durable, qui va aider l'unité de traitement des déchets à réduire son impact sur l'environnement.

1.2.4. Un enjeu managérial : la gestion durable des ressources humaines

Lorsque l'on parle de développement durable, on pense d'abord à l'environnement. Cependant, on oublie souvent l'aspect gestion durable des ressources humaines. Or la loi constitutionnelle du 1^{er} mars 2005 a proclamé que :

« Les politiques publiques doivent promouvoir le développement durable (...), le développement économique et le progrès social ».

Ce progrès social passe notamment par le développement d'un management durable des ressources humaines, c'est-à-dire une gestion responsable et citoyenne de la principale ressource de l'hôpital : son capital humain.

Dans la perspective d'une diminution significative du nombre d'actifs, les directeurs d'hôpital se doivent en effet d'être de plus en plus économes dans la gestion des ressources humaines afin de préserver les forces de travail. Il s'agit alors de réfléchir à une organisation du travail qui rende l'hôpital attractif et donne envie aux agents de s'engager durablement dans la fonction publique.

Cette fidélisation du personnel est d'autant plus importante pour l'unité de traitement des DASRI que le travail y est ingrat, peu valorisant et les perspectives de carrière restreintes. Il fallait donc trouver une solution pour fidéliser ces agents qui disposent par ailleurs de compétences rares et très spécifiques, en agissant à plusieurs niveaux :

➤ En sécurisant les conditions de travail :

Ce n'est pas parce qu'il n'y a jamais d'accident de travail à l'unité de traitement des DASRI, qu'il faut pour autant s'en contenter. Le CHU n'est pas à l'abri d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle susceptible de se déclarer dans le futur.

Il ne faut pas oublier en effet que les agents sont au contact quotidien de déchets infectieux qui les exposent de fait à un risque potentiel de contamination. Par ailleurs, les

machines utilisées pour le traitement des DASRI sont des procédés industriels dangereux qui nécessitent d'être manipulés avec précaution. La moindre négligence peut entraîner des dégâts humains irréversibles.

Afin de rassurer les agents sur leurs conditions de travail, la direction des affaires économiques a alors décidé de mettre en place une certification de type ISO permettant d'identifier les risques pour mieux les prévenir.

➤ **En améliorant l'ergonomie des postes :**

La gestion durable des ressources humaines suppose également d'améliorer l'ergonomie des postes. Or l'emplacement actuel des machines et la configuration de l'unité ne participe pas d'une économie des forces de travail. Le technicien et le maître ouvrier de l'unité qui réparent les machines sont contraints d'extraire les moteurs par leurs propres moyens avec un matériel peu adapté, ce qui les oblige à manipuler des charges très lourdes. L'objectif de la certification est également d'améliorer l'ergonomie des postes pour éviter les accidents de travail. Il s'agit ici de faire une analyse bénéfices/ risques et de répondre à la question suivante : Est-ce que les économies induites par l'internalisation de la maintenance ne sont pas compensées par une hausse du coût humain du fait des risques professionnels encourus ?

➤ **En valorisant les compétences des agents :**

L'unité de traitement des déchets a connu de nombreuses transformations en quelques années, notamment le remplacement de l'incinérateur par un procédé de désinfection. Pendant cette phase de transition délicate, les agents ont fait preuve de grandes capacités d'adaptation, en acceptant de remettre en cause leur mode de fonctionnement.

Pour autant, l'acquisition de nouvelles compétences ne leur a pas permis de gagner le respect des services de soins qui les dénigrent. En effet, comme dans la plupart des hôpitaux, l'activité de l'unité de traitement des déchets est considérée comme une activité de seconde zone, au service exclusif des soins. De fait, les unités de soins ne se sentent pas liées par une obligation de réciprocité vis-à-vis de l'unité de traitement des DASRI. Elles se désintéressent alors totalement de la gestion des déchets et des répercussions de leurs négligences sur les conditions de travail des agents. Cependant une telle indifférence n'est plus acceptable en 2008. Les agents attendent une reconnaissance de leurs compétences à leur juste valeur.

En ce sens, la direction espère que l'obtention d'une certification aussi complexe que la démarche Q.S.E va permettre de changer le regard des services de soins sur la gestion des déchets et améliorer les relations qu'ils entretiennent avec l'unité de traitement des DASRI.

Ce sera également l'occasion pour la direction de féliciter les agents et de leur témoigner une reconnaissance institutionnelle collective, qu'ils attendent depuis longtemps.

➤ **En donnant du sens à leur action :**

Le traitement des déchets est certes un service support des activités de soins et médico-techniques, mais aussi une activité indispensable et de plus en plus importante dans une perspective de développement durable à l'hôpital. Or, la plupart des agents ont une vision restrictive de leur travail. L'ingénieur environnement a souhaité mettre en perspective leur rôle dans l'institution pour donner un sens à leur action.

La certification leur offre notamment cette possibilité en mettant en relief leurs interactions avec les autres services (notamment par la réalisation de « l'écoute client³³ ») et l'environnement. Elle permet également de redonner confiance en leurs compétences, en leur permettant de se comparer à un référentiel de normes prédéfinies garantissant la maîtrise du processus de production. Avoir l'assurance de produire conformément à un protocole validé et reconnu peut être particulièrement rassurant et valorisant pour des agents en manque de repère.

En somme, on s'aperçoit que la décision de certifier l'unité de traitement des DASRI n'a pas été anodine et qu'elle a été guidée par la nécessité d'apporter une réponse adaptée aux enjeux identifiés. Cependant, le choix du ou des référentiels correspondant n'est pas toujours évident et nécessite une analyse préalable des différentes normes.

1.3. Le choix spécifique des référentiels Qualité, sécurité, environnement

Une certification de type ISO, certes ! Mais laquelle ? Le choix du référentiel est extrêmement important. L'organisme doit s'assurer qu'il corresponde à ses attentes. Or, on s'aperçoit souvent que les organismes se lancent dans ces démarches sans prendre le temps d'analyser sérieusement la portée de la norme choisie. Cette négligence est souvent à l'origine des divers problèmes et retards de calendrier rencontrés en cours de procédure.

³³ C.f. annexe 10: questionnaire « écoute client »

Il est donc indispensable de présenter les trois normes choisies et de cerner leurs objectifs respectifs : La norme ISO 9001 s'articule autour de la satisfaction du client (1.3.1). La norme ISO 14001 s'inscrit davantage dans une démarche de protection de l'environnement (1.3.2). La norme OHSAS 18001 vise à sécuriser les conditions de travail des agents (1.3.3).

1.3.1. La norme ISO 9001 : la recherche de la satisfaction du client

L'ISO 9001 : 2000 remplace et annule la seconde édition qui datait de 1994. Dans cette nouvelle version, le titre a été modifié : on parle de « système de management de la qualité » et non plus « d'assurance qualité ». Certes, l'ISO 9001 : 2000 vise encore à garantir la qualité du produit, mais elle cherche également à accroître la satisfaction des clients. En ce sens, l'adoption d'un système de management par la qualité s'inscrit dans la vision stratégique de l'organisme.

L'ISO 9001 :2000 encourage ainsi l'adoption d'une approche processus lors du développement, de la mise en œuvre et de l'amélioration continue de l'efficacité d'un système de management de la qualité, afin d'accroître la satisfaction des clients par le respect de leurs exigences et l'application des référentiels. Il convient de préciser que l'approche processus, qui est spécifique à l'ISO 9001, est transférable aux autres normes.

L'approche processus englobe l'application d'un système de processus au sein d'un organisme, l'identification, les interactions et le management de ces processus. Le processus retrace les ressources nécessaires à l'activité de l'organisme et la transformation des éléments d'entrée en élément de sortie ; parmi lesquels le client joue un rôle décisif. En effet, l'ISO 9001 porte une attention particulière aux exigences spécifiées par les clients (éléments d'entrée) et à l'évaluation régulière de leur satisfaction (éléments de sortie), ce qui suppose que l'organisme ait mis en place un dispositif efficace de communication avec les clients concernant les informations relatives aux produits et le traitement des consultations, des commandes et réclamations.

L'importance du client est par ailleurs soulignée dans l'article 1^{er} de la norme sur les généralités, qui énonce que la présente norme internationale s'adresse à tout organisme qui souhaite :

- « démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit conforme aux exigences des clients et aux exigences réglementaires applicables.

- « Accroître la satisfaction de ses clients par l'application efficace du système »³⁴.

La mise en place de la norme ISO 9001 présente un intérêt certain pour l'unité de traitement des DASRI, eu égard au nombre important de clients qu'elle détient et l'environnement concurrentiel qui entoure son activité. La garantie de la qualité de la prestation et de la satisfaction du client devient un atout indispensable à la fidélisation de la clientèle du CHU de Limoges.

L'unité de traitement des DASRI ne peut d'autant moins se passer de cette certification que son concurrent principal est déjà certifié ISO 9001.

Par ailleurs, l'application de cette norme aux déchets hospitaliers s'inscrit dans la politique institutionnelle de certification ISO 9001 de l'ensemble des services logistiques qui prévaut depuis quelques années. Il apparaît donc normal que l'unité de traitement des DASRI soit certifiée ISO 9001 à son tour.

1.3.2. La norme ISO 14001 : la recherche de la production sans pollution

La prise de conscience de l'enjeu que représente la protection de l'environnement a abouti à l'élaboration d'un référentiel qui puisse permettre aux acteurs socio-économiques d'évaluer leurs activités vis-à-vis de l'environnement, de mettre en œuvre et de démontrer leur engagement en faveur de sa protection.

La norme ISO 14001 : 2004 spécifie les exigences d'un tel système de management environnemental, permettant à un organisme de développer et de mettre en œuvre une politique et des objectifs qui prennent en compte les exigences légales et les informations relatives aux aspects environnementaux significatifs.

La norme ISO 14001 n'impose pas en soi de critères spécifiques de performance environnementale. Elle s'applique aux aspects environnementaux que l'organisme a identifiés comme étant ceux qu'il a les moyens de maîtriser et ceux sur lesquels il a les moyens d'avoir une influence. A partir de ce recensement générique, l'organisme doit être en mesure d'identifier les aspects environnementaux significatifs c'est-à-dire ceux susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'environnement, et qui devront être pris en compte de façon prioritaire. Au-delà des contraintes réglementaires, il appartient donc à l'organisme de déterminer lui-même le niveau de performance qu'il souhaite atteindre.

³⁴ AFNOR., décembre 2000, Systèmes de management de la qualité, NF EN ISO 9001, 1^{er} tirage, page 1, article 1.1

Par ailleurs, la présente norme se veut conciliante. Elle vise à concilier la prévention de la pollution avec les besoins socio-économiques.

Pour ce faire le système de management environnemental laisse aux organismes la possibilité de choisir les techniques disponibles les meilleures et les plus appropriées aux objectifs visés et surtout de favoriser les techniques économiquement viables.

La mise en place d'un système de management environnemental ne doit pas conduire l'organisme à engager des dépenses insurmontables eu égard aux objectifs visés.

La norme ISO 14001 prévoit également une mise en place échelonnée dans le temps, pour permettre aux organismes d'étaler les coûts, lorsque la certification implique des mises aux normes d'envergure. Il est possible d'aborder simultanément plusieurs de ces exigences ou y revenir à n'importe quel moment. La chambre de commerce et d'industrie propose notamment une mise en place expérimentale en trois étapes et aide les organismes à déterminer le niveau qui leur convient³⁵ :

- niveau 1 : état des lieux et identification des actions prioritaires
- niveau 2 : élaboration du programme d'action environnemental
- niveau 3 : formalisation du système de management environnemental

L'organisme dispose alors d'une certaine souplesse de gestion, y compris financière.

La mise en place de la norme ISO 14001 est donc indispensable pour aider l'unité de traitement des déchets du CHU à s'inscrire totalement dans une démarche de développement durable. Elle va notamment contribuer à réduire son impact environnemental et sanitaire en agissant sur le procédé de traitement utilisé. L'objectif visé est de limiter l'émission et la dispersion dans les milieux (air, eau, sols et sédiments) des polluants connus pour leur caractère nocif pour la santé, afin de maintenir durablement la qualité de l'eau potable, préserver la qualité de l'air et limiter la pollution des sols.

La démarche ISO 14001 répond parfaitement aux objectifs fixés par le Grenelle de l'environnement qui encourage le recours aux procédés écologiques de traitement des déchets.

1.3.3. La norme OHSAS 18001 : la recherche de conditions de travail sécurisées

Les organismes de toutes sortes se préoccupent de plus en plus d'obtenir et de prouver l'existence d'excellents résultats en termes de santé et de sécurité au travail,

dans un contexte législatif de plus en plus rigoureux, d'évolution des politiques économiques et de mesures encourageant les bonnes pratiques de santé et sécurité au travail.

La norme OHSAS 18001 :2007 permet justement à un organisme d'élaborer une politique en matière de santé et sécurité au travail, d'établir des objectifs et des processus pour atteindre les engagements fixés par sa politique et améliorer sa performance. Elle s'adresse aux organismes qui souhaitent éliminer ou pour le moins réduire au minimum les risques encourus par leur personnel sur leur lieu de travail.

La présente norme accorde autant d'importance à la santé qu'à la sécurité au travail, contrairement à la version précédente davantage orientée vers la sécurité au travail.

La santé et la sécurité au travail sont entendues au sens strict, c'est-à-dire que la norme OHSAS 18001 :2007 ne vise ni les programmes de soutien et bien-être aux agents, ni la sécurité des produits, ni les dommages matériels ou impacts sur l'environnement.

Si les normes ISO 14001 et ISO 9001 placent respectivement l'environnement et le client au cœur du système de management, la norme OHSAS 18001 met quant à elle le focus sur les ressources humaines de l'organisme.

Il s'agit de sécuriser l'environnement de travail des agents, tout en les associant à l'amélioration de leurs conditions de travail. La norme OHSAS 18001 se caractérise en effet par un important volet communication, participation et consultation des travailleurs, qui a un impact direct sur la qualité de la prestation et du processus de réalisation.

En ce sens, la norme OHSAS 18001 répond tout à fait aux objectifs visés par le CHU de Limoges :

- La mise en place de dispositifs de prévention des risques va permettre d'améliorer les conditions de travail des agents.
- La participation des agents à l'identification des dangers et l'évaluation des risques va contribuer à responsabiliser les agents et les rendre plus attentifs à leur sécurité.
- La campagne de communication de grande ampleur menée aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur va favoriser la reconnaissance des agents et améliorer l'image de l'unité de traitement des déchets.
- Le respect de la norme OHSAS 18001 va constituer une réponse plus que satisfaisante au projet social d'établissement.

³⁵ Site internet : <http://123environnement.fr>

On s'aperçoit que les certifications ISO quelles qu'elles soient sont des outils de gestion très utiles, susceptibles de s'inscrire dans une vision stratégique des établissements de santé, à condition que ce dernier en ait identifié préalablement les enjeux. Car ce sont précisément ces enjeux qui vont constituer le fil directeur de la conduite de projet.

2. La conduite du projet de certification qualité, sécurité, environnement

La conduite d'un projet de certification fondée sur trois référentiels est relativement complexe, c'est pourquoi il est impératif de mettre en place une organisation rigoureuse en amont et de définir une méthode. Il convient donc de se poser les questions suivantes :

- Faut-il mettre en place les trois référentiels simultanément ou séparément ? (2.1)
- Quelles personnes ressources faut-il mobiliser et comment organiser le déroulement du projet ? (2.2)

2.1. Le choix d'un système de management intégré³⁶

Pour construire une certification qualité, sécurité, environnement, deux approches sont possibles : soit chacune des normes est traitée une à une, soit les trois référentiels sont abordés de façon intégrée. Mais qu'entend-on par système intégré ?

Les organismes sont tout à fait libres d'opter pour un système intégré ou séparé ; chacun de ces concepts présentant des avantages et des inconvénients (2.1.1). L'intégration est rendue possible par le biais des analogies conceptuelles et méthodologiques existantes entre les trois référentiels (2.1.2). Reste à choisir le schéma d'intégration approprié (2.1.3).

³⁶ FROMAN B., GEY J.-M., BONNIFET F., *Qualité-sécurité-environnement : Construire un système de management intégré*, 2^e ed, Paris : AFNOR, 327p.

2.1.1. Système intégré/ Système séparé : Définition des concepts

« **Système intégré** » ne signifie pas « système centralisé », ni « système unique », avec un seul manuel, un seul jeu de procédures et d'instructions. C'est plutôt un système susceptible de présenter des parties communes et des parties spécifiques, et qui peut comporter des éléments simplement imbriqués, c'est-à-dire absolument identiques, mais que l'on retrouve dans l'un et l'autre des sous-ensembles.

Dans tous les cas, quelque soit sa dénomination, ce système doit impérativement être coordonné et faire partie d'un ensemble plus large comprenant à la fois la sécurité, la qualité et l'environnement.

Les « **systèmes séparés** » en revanche peuvent renvoyer soit à un système de management indépendant l'un de l'autre, soit à un système dans lequel on ne souhaite approcher les problèmes que sous l'angle technique et légal.

Dans cette dernière hypothèse, on considère que chacun des domaines met en jeu des techniques différentes, et donc des indicateurs différents, avec des problèmes distincts. Il est alors assez naturel de laisser les spécialistes de chaque domaine développer leurs techniques propres.

Ils peuvent aussi être considérés comme une première étape, avant d'évoluer ultérieurement vers une démarche managériale d'intégration. Les organismes peuvent alors décider de mettre en place successivement les trois normes.

Le recours aux systèmes de management séparés peut présenter l'avantage de clarifier et simplifier la rencontre avec l'auditeur en lui proposant des documents distincts pour chaque norme. Il est alors plus facile de s'assurer que l'organisme s'est conformé à la norme, en reprenant les normes une à une au lieu de les aborder de façon concomitante.

La gestion séparée permet également aux organismes déjà certifiés ISO 9001 notamment, d'acquérir les certificats ISO 14001 et OHSAS 18001 sans remettre en cause les procédures existantes.

Cette approche présente donc un certain nombre d'avantages, tels que la simplicité de mise en place, qui semblent très séduisants de prime abord. Toutefois, les organismes qui choisissent cette méthode s'exposent par la suite à un risque d'incohérence entre les procédures, voire de redondances qui rend le système inopérant. C'est pourquoi, il est fortement recommandé de préférer les systèmes de management intégrés.

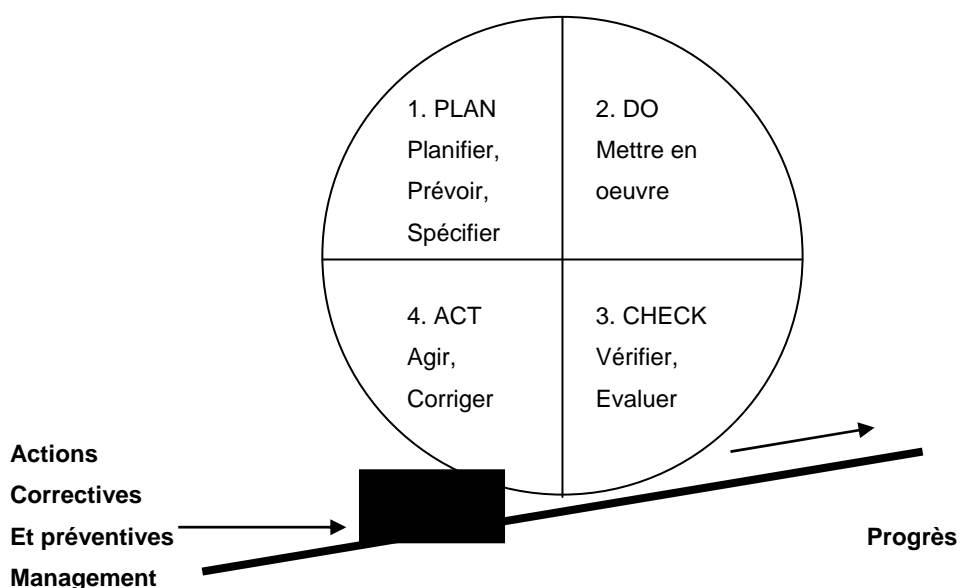
2.1.2. Les analogies conceptuelles en faveur des systèmes intégrés

Les analogies entre les trois normes sont bien plus nombreuses que les différences, et conduisent à des principes de management semblables. Il en résulte pour la sécurité, la qualité et l'environnement que les référentiels correspondants sont compatibles et complémentaires, et peuvent être aisément appliqués au management intégré.

Tout d'abord, les normes OHSAS 18001, ISO 9001 et ISO 14001 s'appuient sur une politique et des objectifs communs :

- nécessité de déclaration et d'engagement de la direction au plus haut niveau
- communication à l'ensemble du personnel et motivation des agents
- mise en place d'une politique de prévention des dysfonctionnements
 - o ISO 9001 : prévention des non conformités
 - o ISO 14001 : prévention des pollutions
 - o OHSAS 18001 : prévention des accidents

Ensuite, les normes recommandent toutes les trois l'application des principes de planification et d'amélioration continue schématisés par la roue de Deming : « Plan, Do, Check, Act ».



Elles exigent les actions auto-améliorantes suivantes :

- *Effectuer une analyse initiale des besoins et impacts* : identification des besoins et attentes des clients et parties intéressées, des exigences réglementaires et des risques sécurité et environnement

- *Planifier le système de management* à partir d'une politique affirmée et définir des objectifs associés à cette politique.
- *Mettre en œuvre les processus prévus* articulés autour d'un système cohérent et interactif
- *Vérifier et évaluer les résultats et progrès obtenus*, notamment au moyen d'audits internes et externes, d'enquêtes, de réclamations et d'indicateurs sentinelles.
- *Effectuer des revues de direction* pour corriger et améliorer le système.

La méthode utilisée étant la même, il est alors tout à fait envisageable d'utiliser des documents communs aux trois normes.

Par ailleurs, les trois normes sont souvent liées entre elles par un lien de causalité :

- *Sécurité et qualité sont difficilement dissociables* : L'arrêt d'un agent suite à un accident de travail est pénalisant pour la production. Inversement, la mise en place d'un système de management de la qualité contribue à la prévention des accidents et donc à l'amélioration de la qualité
- *Qualité et environnement sont implicitement liés* : La protection de l'environnement témoigne de la qualité de la prestation fournie.
- *Sécurité et environnement se rejoignent par l'obligation d'identifier tous les risques auxquels sont exposés les agents et le public* : Les risques ayant un impact sur la santé des agents ont souvent un impact sur l'environnement, et inversement.

En outre, les systèmes intégrés sont plus facilement compris et assimilés par les agents qui saisissent davantage les articulations et complémentarités existantes entre les trois normes.

Enfin, l'analogie existante entre les différents audits de systèmes permet l'organisation d'audits de systèmes intégrés, internes et externes, beaucoup moins coûteuse que les audits séparés qui supposent le financement de trois audits au lieu d'un seul.

Il est donc préférable à bien des égards d'opter pour un système de management intégré. C'est d'ailleurs pourquoi le CHU de Limoges a choisi ce système. Cependant quel niveau d'intégration choisir ?

2.1.3. Les différents schémas d'intégration

Il existe différents niveaux d'intégration : L'intégration au sommet, l'intégration au niveau des processus et du système documentaire, l'intégration au niveau des ressources humaines.

L'intégration au sommet peut prendre deux formes : Soit une intégration au niveau des politiques qui signifie que les politiques qualité, sécurité, environnement sont exprimées dans un même texte ou dans des textes séparés faisant référence à un texte d'ordre supérieur traduisant l'engagement de la direction. Soit une intégration au niveau des fonctions qui suppose qu'il y ait une autorité commune aux trois normes.

L'intégration au niveau des processus recouvre différentes réalités selon les processus visés : L'intégration au niveau des processus de réalisation³⁷ signifie que les exigences relatives à la sécurité, la qualité et l'environnement sont prises en compte en même temps à toutes les phases de l'activité de l'organisme, depuis l'expression des besoins par le client, jusqu'à la livraison en passant par toutes les phases intermédiaires. Cela suppose par exemple qu'on exige des fournisseurs le respect des exigences relatives à la sécurité du produit et à la protection de l'environnement.

L'intégration au niveau des processus support³⁸ signifie que la plupart des procédures et instructions concernant notamment la formation, la documentation (...), pourront être identiques, ou pour le moins, gérées en commun.

Concernant les processus de direction³⁹, l'intégration est nécessairement entière dès lors que la politique, les objectifs et les fonctions qualité, sécurité, environnement sont eux-mêmes intégrés.

L'intégration au niveau du système documentaire se manifeste au « sommet de la pyramide des documents » par la rédaction d'un manuel commun qualité, sécurité, environnement, orientant sur des procédures tantôt communes tantôt spécifiques ; et à la « base de la pyramide documentaire » par des instructions, des modes opératoires, des formulaires et des enregistrements communs ou équivalents. Il est tout à fait possible d'envisager également une séparation au sommet (manuels distincts) et une intégration à

³⁷ Le processus de réalisation englobe les différentes phases de l'activité d'un organisme qui créent de la valeur ajoutée et visent à satisfaire le client.

³⁸ Les processus support sont les processus qui ne créent pas directement de la valeur ajoutée mais sont nécessaires pour le fonctionnement efficace de l'entreprise.

³⁹ Les processus de direction englobent les activités relevant de la responsabilité directe du dirigeant.

la base avec des documents intégrés beaucoup plus nombreux que les documents spécifiques.

Enfin, **l'intégration au niveau des ressources humaines** vise à mobiliser le personnel sur la mise en place du système, en l'incitant à décrire lui-même ses propres processus habituels de travail, à définir les instructions, les procédures, les modes opératoires et enregistrements. Le personnel est alors incité à réfléchir aux exigences pour la qualité, la sécurité et l'environnement tout en recherchant l'amélioration des processus. La formation permanente et le contrôle des connaissances acquises sont également importants pour assurer la cohérence du système intégré et son optimisation, puisqu'ils vont mettre en évidence la parenté des concepts et apprendre à utiliser les outils communs aux trois référentiels.

Le CHU de Limoges a opté pour un système d'intégration globale sur l'unité de traitement des DASRI, c'est-à-dire qu'il a décidé de limiter au maximum les documents spécifiques et de privilégier les procédures uniques. Ainsi, la fiche de déclaration des non conformités est commune aux trois référentiels et le manuel est unique pour la qualité, la sécurité et l'environnement. Une seule cartographie⁴⁰ a été réalisée pour la certification. L'intégration au sommet s'est traduite par l'adoption d'une politique qualité, sécurité, environnement spécifique à l'unité, et la rédaction d'une lettre d'engagement ad hoc de la direction.

L'intégration s'est faite également au niveau des processus de réalisation. Il s'est agi de prendre en compte les aspects sécurité, qualité, et environnement à toutes les étapes de la production de l'unité, notamment lors de la phase d'identification des risques.

L'intégration au niveau des ressources humaines est en revanche moins perceptible à la phase de conception du système. Les agents ont été informés régulièrement du déroulement de la certification et ont testé chaque formulaire avant validation définitive, cependant ils n'ont pu être consultés systématiquement par le responsable management qualité, pour des raisons pratiques⁴¹. Leur rôle sera plus important lors de la mise en œuvre du système.

Le CHU de Limoges a donc opté pour un schéma d'intégration quasiment complet, à l'exception des ressources humaines, dont l'organisation pratique se serait révélée plus

⁴⁰ C.f. Annexe 7 : Cartographie des processus

⁴¹ C.f. § 2.2.1.1. La mobilisation des ressources internes

difficile. Ce type d'intégration à la fois plus efficace et plus logique est cependant beaucoup plus complexe à mettre en place.

2.2. Le management du projet

Le management du projet porte sur le choix des acteurs de la certification (2.2.1), la planification de la démarche (2.2.2) et la maîtrise des coûts directs et indirects de certification (2.2.3).

2.2.1. Les acteurs de la certification

La mise en place d'une certification Q.S.E est un travail d'équipe qui nécessite la mobilisation de personnes expertes dans divers domaines. La richesse de l'hôpital permet souvent de trouver ces ressources en interne, cependant la mobilisation simultanée de ces personnes autour d'un projet commun n'est ni facile ni suffisante.

C'est pourquoi, il est nécessaire de recourir à une aide extérieure (2.2.1.2), susceptible d'épauler les ressources internes mobilisées autour du projet et de les aider à décrypter les normes (2.2.1.1). Le directeur a par ailleurs un rôle fondamental à jouer en qualité de chef de projet. Il doit témoigner de l'engagement de la direction au plus haut niveau, c'est ce que j'ai essayé de faire pendant 8 mois en qualité de pilote de projet, représentant la directrice des affaires économiques (2.2.1.3).

2.2.1.1. la mobilisation des ressources internes

Les ressources internes englobent les agents du CHU qui ont été choisis pour faire partie du groupe de pilotage pour la construction du système de management (les acteurs principaux), et ceux qui ont été consultés à certaines phases de la démarche mais qui ne faisaient pas partie du groupe de pilotage (les acteurs secondaires). D'autres personnes n'ont cependant pas été sollicitées, malgré les recommandations des guides de certification, à savoir les membres du CHSCT.

➤ Les acteurs principaux :

La coordinatrice qualité, tout d'abord, a joué un grand rôle dans la mise en place de la certification. Elle a assuré l'accompagnement de la démarche en vérifiant la forme de la certification et en fournissant au responsable management qualité, sécurité, environnement une aide méthodologique pour l'élaboration et la mise en œuvre du système. Son expérience des certifications ISO a été très profitable au groupe de pilotage. Elle a en effet coordonné la mise en place de toutes les démarches ISO 9001 du

CHU. Elle maîtrise donc parfaitement les rouages de la certification. Son savoir a été d'autant plus bénéfique que les autres membres du groupe de pilotage n'avaient aucune expérience des démarches ISO. Elle a ainsi pu transmettre ses méthodes de travail au groupe de certification et former les agents aux démarches qualité.

Le responsable management qualité sécurité environnement (RMQSE) est le responsable technique de l'unité de traitement des DASRI. La particularité de ce RMQSE est qu'il n'est pas dédié exclusivement à la certification. Il assume par ailleurs la gestion quotidienne de l'unité, le management des agents de production et la maintenance des appareils de banalisation. La certification a représenté une charge de travail supplémentaire importante pour le RMQSE qui a du faire preuve d'efficacité pour tenir les délais du calendrier de certification. Il a assumé la fonction de rédacteur de toutes les procédures, avec l'aide de la coordinatrice qualité. Il n'a donc pu être ni vérificateur, ni approbateur. Ces deux fonctions ont été alors confiées respectivement au maître ouvrier et à l'ingénieur environnement.

L'ingénieur environnement, qui est également responsable hiérarchique, entre autre, de l'unité de traitement des DASRI, a été désigné approbateur c'est-à-dire qu'il était garant de la diffusion et de l'application des procédures. Son expertise dans le domaine de l'environnement a été indispensable pour garantir la conformité de l'unité à la réglementation environnementale d'une part, et identifier les risques environnementaux d'autre part.

Une élève en 2^{ème} année d'IUT hygiène et sécurité a par ailleurs été accueillie pendant 3 mois en stage à l'unité de traitement des DASRI, pour travailler exclusivement sur la certification. Sa présence a été extrêmement bénéfique puisqu'elle a pu palier notre carence dans le domaine spécifique de la santé et la sécurité au travail, et soulager le RMQSE de la surcharge de travail liée à la rédaction des procédures. A l'issue de son stage, je l'ai faite recruter 2 mois supplémentaires pendant l'été en qualité d'adjoint administratif 2^{ème} classe. A ce titre, nous pouvons la compter au nombre des ressources internes du projet. Elle a travaillé sur l'identification des risques professionnels, la compilation de la réglementation de l'hygiène et la sécurité au travail, et l'élaboration du plan d'action.

➤ **Les acteurs secondaires :**

Le maître ouvrier de l'unité de traitement des DASRI a assumé le rôle du vérificateur, c'est-à-dire qu'il était garant du contenu des formulaires et différents documents. A ce titre, il n'a pu rédiger aucune procédure. Il s'est assuré notamment que les formulaires élaborés étaient suffisamment simples pour être opérationnels et compris des agents de production. En revanche, il n'a pu être associé aux réunions de suivi, en raison de la nécessité de sa présence au sein de l'unité de production.

Le médecin du travail a été sollicité mais n'ayant pas été en mesure de se joindre au groupe de pilotage, il a délégué l'ergonome pour cette mission. Sa présence aurait été pourtant bien utile dans la phase d'analyse des risques professionnels. Il a accepté néanmoins de valider toute la veille juridique relative à la santé et la sécurité au travail, afin de nous assurer de l'exhaustivité du contenu.

L'ergonome est intervenue ponctuellement dans le projet pour réaliser un test acoustique et donner son avis sur l'analyse des risques professionnels. Elle nous avait proposé de réaliser un audit sur la perception par les agents de leur poste de travail en production. Cependant, cette étude n'a pas été retenue en raison du fait que la norme OHSAS 18001 ne porte pas sur le bien être au travail mais sur la sécurité des conditions de travail.

Les agents de production⁴² ont été consultés sur la mise en circulation de certaines procédures et sur l'identification des risques professionnels, conformément aux recommandations des guides de certification OHSAS 18001. Ils ont été effectivement interrogés par la stagiaire en IUT hygiène et sécurité, sur leur poste de travail, lors de l'élaboration de la matrice des risques professionnels. En revanche, l'organisation du travail dans l'unité 24h/24 ne permettait pas d'organiser des réunions formelles de concertation. Si leur rôle est resté assez restreint au stade de la construction du système, il sera en revanche prépondérant lors de l'application.

➤ **Les acteurs en attente**

Le CHSCT⁴³, de par la nature de ses fonctions, aurait pu être associé au groupe de travail, ce qui n'a pas été le cas en raison d'un climat social tendu. La réflexion sur les modalités d'une association éventuelle de membres volontaires du CHSCT reste néanmoins d'actualité, même si le sujet fait toujours débat.

On peut s'interroger sur les motifs qui ont poussé la direction à ne pas convier le CHSCT aux réunions de mise en place de la certification. On aurait pu initialement présenter, de manière pédagogique, la démarche afin de dédramatiser un sujet potentiellement sensible. On aurait pu ainsi mettre en avant l'intérêt que le CHU porte aux conditions de travail, et par la même, au rôle du CHSCT ; ce qui aurait été probablement apprécié par ses membres.

⁴² FROMAN B., GEY J-M., BONNIFET F., *Qualité-sécurité-environnement : Construire un système de management intégré*, 2^e ed, Paris : AFNOR, p. 161

⁴³ FROMAN B., GEY J-M., BONNIFET F., *Qualité-sécurité-environnement : Construire un système de management intégré*, 2^e ed, Paris : AFNOR, p. 163

2.2.1.2. la nécessité de recourir à une aide extérieure

Le choix de formations solides et adaptées est capital dans la mise en place des démarches qualité, sécurité, environnement. Elles peuvent être dispensées en interne ou en externe, en fonction des ressources disponibles au sein de l'établissement.

En l'occurrence, si la coordinatrice qualité du CHU était en mesure de former les agents à la norme ISO 9001, nous ne disposions pas en revanche de personnes compétentes en interne pour aider à la mise en place des normes ISO 14001 et OHSAS 18001. Nous avons donc du recourir à un organisme de formation extérieur pour combler nos lacunes dans ces domaines.

Le CHU de Limoges a alors passé un marché à procédure adaptée, ayant pour objet une prestation d'aide à l'accompagnement d'une démarche de certification Q.S.E, d'une durée de 8 à 10 jours, répartis de janvier 2008 à mai 2009. Les personnes concernées initialement par la formation devaient être la coordinatrice qualité, l'ingénieur environnement, les deux techniciens de l'unité de traitement des DASRI ainsi que les 9 agents de production. Il était par ailleurs important que la formation retenue ne soit pas théorique mais pratique, et réponde aux attentes et besoins des agents. A l'issue de la formation, le cahier des charges stipulait que les agents devaient être en mesure de :

- rédiger la politique qualité (encadrement et direction)
- maîtriser les outils qualité dans le processus d'amélioration (PDCA)
- comprendre le système de management qualité établi
- conduire un audit interne

Dans les faits, la formation ne s'est pas vraiment déroulée comme dans le cahier des charges.

Tout d'abord, il n'a pas été évident de trouver un organisme de formation susceptible de répondre à notre demande. En effet, la démarche Q.S.E est relativement récente et rares sont les cabinets de conseils proposant un accompagnement pour les trois normes. Un seul organisme de formation a répondu : la société « Limousin Qualité Conseil » composée de deux formateurs, l'un étant spécialiste de l'ISO 9001, l'autre étant spécialisé dans l'environnement et la sécurité au travail.

Ensuite, le public visé par la formation a été à la fois plus réduit et plus varié. Certaines personnes se sont ajoutées à la formation, à savoir l'ergonome, la stagiaire en IUT sécurité et hygiène au travail et moi-même ; d'autres n'ont finalement pas été conviées, à savoir les 9 agents de production. L'absence de ces derniers s'explique notamment par le fait que l'organisation du travail de l'unité de traitement des DASRI ne permet pas la

présence concomitante de tous les agents. De plus, les aspects théoriques de la formation relatifs à l'élaboration des différents documents et procédures risquaient de lasser et démobiliser davantage les agents déjà récalcitrants aux formalités administratives. Nous avons donc convenu que la formation des agents de production serait plutôt dispensée en interne par le responsable management Q.S.E lorsque celui-ci maîtriserait les processus, en collaboration avec la coordinatrice qualité.

Enfin, il apparaît que les 10 jours de formation seront probablement insuffisants pour accompagner la démarche jusqu'à son terme. Les agents ont déjà reçu 6 jours de formation de janvier à septembre et il ne reste plus que 4 jours jusqu'en mai 2009. Or de nombreux documents doivent encore être élaborés avant le premier audit blanc. Il sera peut-être nécessaire de prolonger la formation de 2 jours afin que les derniers travaux des agents puissent être également corrigés.

En dehors de cette formation-action globale qui a accompagné les agents tout au long du projet, l'ingénieur environnement, la coordinatrice qualité et le responsable technique de l'unité ont suivi une formation de deux jours dispensée par l'AFNOR, exclusivement centrée sur l'analyse environnementale ISO 14001. L'inventaire des aspects environnementaux significatifs est en effet une étape fondamentale de la norme ISO 14001, mais aussi un exercice très délicat qui nécessite la mise en place d'outils adaptés. C'est pourquoi nous avons offert cette formation ciblée aux trois agents. Toutefois, quelle que soit la qualité de la formation dispensée, il s'est avéré a posteriori que cette initiative n'ait pas été une bonne idée. En effet, les ambiguïtés de la norme ISO 14001 ont abouti à des interprétations contradictoires entre les deux organismes de formation, ce qui a perturbé le groupe de travail qui ne savait plus quelle position adopter.

Le club du Mouvement Français pour la Qualité (M.F.Q) est intervenu par ailleurs ponctuellement pour former les agents à la réalisation de la veille réglementaire. Cette formation dispensée à titre gratuit a eu pour but d'expliquer la méthodologie de mise en place d'une veille réglementaire.

En dehors des formations Q.S.E, nous nous sommes rendus compte tardivement qu'une formation aux outils informatiques eut été préalablement utile. En effet, les organismes de formation proposent des maquettes EXCEL d'analyse des risques environnementaux et risques au travail très sophistiquées qui supposent une maîtrise parfaite de ce logiciel. Ce qui n'était pas le cas de certains agents. Le plan de formation 2008 du CHU ayant été déjà validé, il n'a malheureusement pas été possible de faire bénéficier les agents d'une formation de perfectionnement à EXCEL en cours d'année.

Enfin, nous avons pensé qu'il serait intéressant de visiter un site de traitement des déchets certifié Q.S.E, pour nous inspirer des méthodes utilisées et des moyens mis en place. Cependant, le groupe de pilotage de la certification peine à trouver une unité certifiée dans ce domaine d'activité. Il recherche donc actuellement un site Q.S.E, ou du moins S.E dans le secteur privé industriel.

2.2.1.3. le rôle particulier de l'élève directeur, pilote de projet

La fonction de pilote d'un projet de certification Q.S.E comporte deux aspects :

- Un aspect technique qui suppose la maîtrise des différentes phases d'une démarche ISO, la compréhension des exigences référentielles, le suivi du calendrier et la gestion des problèmes techniques inhérents à toute démarche de certification.
- Un aspect managérial à travers la gestion des rapports humains et des relations entretenues entre les membres du groupe de travail.

Le directeur en charge du projet a un rôle fondamental à jouer dans la conduite de cette démarche d'un point de vue managérial, ce que j'ai pu constater en qualité de chef de projet missionnée par la directrice des affaires économiques.

La stratégie managériale que j'ai adoptée a consisté à :

➤ Donner du sens à la démarche :

La technicité des démarches ISO et le formalisme qu'elles impliquent plongent les agents dans un univers qui leur est totalement étranger et qui nécessite une remise en cause totale de leur fonctionnement. Cette refonte de l'organisation n'est possible que si elle a du sens pour les agents. Or, les agents qui ne sont pas familiarisés avec un tel formalisme ne comprennent pas toujours l'intérêt de toutes ces procédures. Le risque encouru est alors de mettre en place une certification totalement artificielle et inopérante, parce que les agents ne saisissent pas le bénéfice qu'ils peuvent en tirer.

Aspirés par l'opérationnalité technique de la démarche, je me suis aperçue par ailleurs que le responsable management Q.S.E et l'ingénieur environnement n'arrivaient plus à se détacher des procédures et prendre du recul sur la situation. Il a donc fallu les inciter à réfléchir sur « le pourquoi » de ces procédures et faire preuve de pédagogie en leur rappelant le bénéfice attendu de cette certification pour que ce projet ait un sens. Le rappel des enjeux de la certification en cours de projet est très important et évite que le groupe de travail ne perde de vue le « pourquoi » de la mission.

Donner du sens est la condition sine qua non du succès d'une démarche de certification.

➤ **Soutenir et encourager le groupe de travail :**

Comme dans toute conduite de projet, le groupe de travail a traversé des périodes de démotivation. La mise en place d'une certification Q.S.E est un projet fastidieux et complexe qui requiert un investissement important des agents, qu'ils ne sont pas toujours en mesure de fournir pendant toute la durée du projet. Il est très important de déceler rapidement ces phases de démotivation pour pouvoir agir efficacement.

J'ai ressenti un certain essoufflement des agents à mi-projet et les paroles défaitistes de certains m'ont fait craindre une démobilisation du groupe de travail. Dans ces moments là, le soutien de la direction est fondamental pour sortir de la crise et éviter le statu quo. Il a donc été indispensable d'encourager les agents, de les féliciter pour leurs travaux et surtout de faire preuve de compréhension. Le directeur est le moteur du projet. Il doit rester optimiste et savoir remotiver son équipe en cas de problème.

➤ **Communiquer sur la démarche auprès des agents de production :**

Dans le pilotage de ce type de projet, l'association des agents de production à la démarche est extrêmement importante. Le groupe de travail chargé de la mise en place de la certification aurait tendance à se replier sur lui-même et élaborer en autarcie les procédures sans consulter les agents, afin de gagner du temps. Or, ce sont précisément ces agents qui vont devoir appliquer le dispositif et faire vivre la certification. Il appartient donc au directeur de rester vigilant à la participation des agents à la mise en œuvre de la certification. Il est en effet indispensable que les agents comprennent les ressorts de la certification pour adhérer au fonctionnement.

Même si les agents ont été consultés ponctuellement sur leur poste de travail par la stagiaire en IUT, on peut déplorer néanmoins qu'ils n'aient pas été associés plus étroitement à la rédaction des procédures et qu'ils n'aient pas pu suivre quelques journées de formation.

Pour les aider à entrer progressivement dans la démarche, je leur ai alors expliqué de façon pédagogique les enjeux et le fonctionnement de la certification au moyen de supports adaptés, lors d'une réunion trimestrielle de service.

J'ai veillé par ailleurs à l'information périodique des agents sur le déroulement de la certification et à la mise en circulation progressive des formulaires tests pour qu'ils puissent se familiariser avec les fiches techniques et émettre un avis. Cette campagne de communication a été relativement efficace puisque les agents qui étaient initialement réticents semblent de plus en plus intéressés par le projet.

➤ **Prendre position et m'impliquer personnellement dans le projet :**

L'implication directe du directeur pilote dans le projet est un moyen notamment pour relancer la motivation des agents et témoigner de l'engagement de la direction au plus haut niveau. Mon implication s'est traduite par l'organisation de réunions de suivi et ma présence aux journées de formation qui m'ont permis de mieux comprendre le déroulement technique des opérations. Il m'a fallu parfois intervenir pour trancher les incertitudes et arrêter rapidement une position institutionnelle pour ne pas perdre de temps dans l'avancement du projet, notamment lors de la phase d'analyse des risques. Une réaction rapide et adaptée à leurs besoins a été particulièrement encourageante pour le groupe de travail.

➤ **Faire le lien avec l'équipe de direction :**

Le directeur en charge du projet de certification ne doit pas travailler en solitaire. Il doit impliquer l'équipe de direction dans son ensemble, en les informant sur l'avancement des travaux. Le directeur général, en premier lieu, doit soutenir le projet. La certification Q.S.E exige en effet l'engagement de la direction au plus haut niveau. Les directeurs adjoints doivent être également impliqués. Je me suis aperçue que les démarches de type ISO n'étaient pas vraiment connues des autres directeurs. Il a donc fallu faire preuve de pédagogie pour expliquer en quoi consiste la démarche Q.S.E menée à l'unité de traitement des DASRI.

La mise en place de la certification a par ailleurs fait émerger certaines problématiques qui ont nécessité l'intervention plus particulière des directeurs adjoints suivants:

- La directrice des affaires économiques, à laquelle je rendais compte plus en détail du déroulement des opérations. Elle a également réfléchi avec le directeur des ressources humaines aux modalités d'implication du CHSCT.
- Le directeur des ressources humaines auprès duquel j'ai sollicité le recrutement de l'étudiante en IUT hygiène et sécurité au travail, et le rallongement de la formation action des agents.
- Le directeur de la qualité et de la gestion des risques qui a été saisi avec le directeur des ressources humaines de la problématique d'organisation de la veille juridique hygiène et sécurité au travail.
- Le directeur des affaires financières qui m'a aidé à élaborer le dossier de demande de subvention à l'ADEME.

Si les démarches de certifications permettent de renforcer la transversalité entre les services, elles sont également l'occasion de favoriser la collaboration entre les directions.

➤ **Sensibiliser le groupe de travail à la maîtrise des dépenses :**

Les démarches de certifications peuvent parfois s'avérer coûteuses. Il faut donc être très attentif à la maîtrise des coûts. En l'occurrence, le groupe de travail n'avait pas toujours le réflexe d'anticiper les dépenses. Il a donc fallu attirer son attention sur les enjeux financiers de la démarche, afin que le CHU ne soit pas contraint de financer une action qu'il n'aurait pas les moyens d'assumer. Cette sensibilisation aux coûts s'est notamment traduite par l'introduction du critère budgétaire⁴⁴ dans l'analyse des risques environnementaux et professionnels, afin que le plan d'action ne soit pas élaboré uniquement en fonction du taux de criticité des risques mais également en fonction du coût de prise en charge.

2.2.2. La planification du projet

La planification du projet est assez délicate d'où la nécessité de porter une attention particulière aux conditions d'élaboration du rétroplanning (2.2.2.1) et au suivi du calendrier (2.2.2.2).

2.2.2.1. l'élaboration du rétroplanning

Le retroplanning a été élaboré par la coordinatrice qualité en mai 2007. Elle avait envisagé initialement de dérouler le projet de certification de septembre 2007 à janvier 2009, à l'instar de la durée de mise en place des certifications ISO 9001 dans les autres secteurs logistiques du CHU.

Le calendrier initial prévoyait les enchaînements suivants⁴⁵ :

- septembre 2007 : choix du type de certification, délimitation du champ de certification, composition de l'équipe et définition de l'accompagnement nécessaire.
- Octobre/ décembre 2007 : identification des clients et élaboration de la cartographie des processus
- Novembre 2007/ juillet 2008 : élaboration des fiches processus, de la politique qualité, des tableaux de bord, rédaction des procédures et gestion documentaire
- Septembre 2008 : audits internes
- Décembre 2008 : revue de direction

⁴⁴ C.f. Annexe 8 : grilles de cotation des risques environnementaux

⁴⁵ C.f. Annexe 4 : Rétroplanning (1^{ère} version)

- Audit initial : janvier 2009

Toutefois, ce calendrier a dû être modifié à deux reprises pour les raisons suivantes :

➤ **1^{ère} modification intégrant le retard dans le lancement du projet⁴⁶**

Si la constitution de l'équipe, le type de certification et le choix de l'organisme de formation se sont effectivement faits en septembre/ octobre 2007, le lancement pratique de la démarche de certification ne s'est fait qu'en janvier 2008 et non en septembre 2007. En effet, un certain nombre de projets institutionnels passés prioritaires en fin d'année 2007 ont conduit à relayer au second plan la démarche de certification Q.S.E, et donc retarder sa mise en oeuvre.

Il a donc fallu élaborer un nouveau planning pour décaler dans le temps les différentes phases de la certification. Pour autant, ce nouveau calendrier qui m'a été présenté en avril 2008 au début du stage ne prévoyait pas de repousser l'audit initial de trois mois pour prendre en compte ce retard. La direction espérait en effet rattraper le retard et maintenir la date prévue pour l'audit initial.

➤ **2^{ème} modification intégrant le retard dans le déroulement du projet⁴⁷ :**

Les prévisions irréalistes du deuxième calendrier nous ont contraint à élaborer un troisième calendrier plus étendu dans le temps. Le second planning avait envisagé en effet un délai de mise en place de 12 mois, or la plupart des témoignages d'entreprises certifiées Q.S.E font état d'une planification sur 18 mois. Si 12 mois sont généralement suffisants pour mettre en place une certification ISO 9001, ce délai est en revanche trop bref pour organiser un système de management intégré Q.S.E. Le 3^{ème} calendrier a alors redéployé le déroulement des opérations jusqu'en juillet 2009, afin de laisser le temps aux agents de production de s'approprier les exigences de la norme pendant trois mois et de permettre des réajustements avant l'audit initial.

2.2.2.2. la gestion du calendrier

Comme le montrent les réajustements de calendrier ci-dessus, le directeur qui pilote ce type de projet doit rester très vigilant dans le respect des délais. En effet, les dérapages de planning peuvent rapidement survenir dans ce type de projet.

⁴⁶ C.f. Annexe 5 : Rétroplanning (2^{ème} version)

⁴⁷ C.f. Annexe 6 : Rétroplanning (3^{ème} version)

Pendant les 8 mois au cours desquels j'ai piloté ce groupe de travail, nous avons pu avancer rapidement à certaines périodes de l'année, alors que d'autres périodes ont été ponctuées par le statu quo, générant un retard parfois irréversible.

Il a été effectivement difficile de tenir un rythme de travail régulier et soutenu pendant 18 mois, et ce pour les raisons suivantes :

➤ **Les difficultés liées à la vie institutionnelle :**

D'une part, les membres de l'équipe n'étaient pas entièrement dévolus à ce projet. Chacun avait par ailleurs ses propres occupations qu'il a du concilier avec le projet de certification de l'unité de traitement des DASRI. Or, cet arbitrage s'est parfois fait au détriment de l'avancement de la démarche Q.S.E.

D'autre part, le choix de la mise en place d'un système de management intégré supposait que la coordinatrice qualité, l'ingénieur environnement et le responsable management Q.S.E puissent se rencontrer régulièrement tous les trois pour élaborer les procédures communes. Cependant, les emplois du temps de chacun étaient rarement compatibles du fait des congés successifs et impératifs professionnels respectifs. Il était alors difficile de trouver des plages horaires communes.

➤ **Les difficultés liées à l'inexpérience des démarches qualité du responsable management QSE :**

L'unité de traitement des DASRI a opté directement pour la mise en place d'un système de management intégré, sans avoir l'expérience préalable d'une certification ISO préexistante, ce qui peut être un exercice périlleux pour un responsable management Q.S.E novice en la matière. Il a donc fallu que la coordinatrice qualité initie tout d'abord le responsable de l'unité de traitement des DASRI à l'esprit des démarches qualité, avant de débiter proprement dit les travaux de certification. Cette initiation faite à partir de la norme ISO 9001 a nécessité du temps.

➤ **Les difficultés liées à la complexité du projet :**

La norme ISO 14001 notamment comporte certaines ambiguïtés qui ont suscité de longs débats au sein du groupe de travail et ont retardé par moment l'avancement du projet. Les interprétations divergentes entre les deux organismes de formation et les difficultés de compréhension de certaines exigences du référentiel ont nécessité de recommencer à plusieurs reprises certains travaux, ce qui a retardé davantage le déroulement de la certification.

Pour faire face à ces difficultés, le rôle du directeur dans le pilotage d'un tel projet est primordial. Pour maintenir le cap et s'assurer du suivi du calendrier, l'organisation mise en place a été la suivante :

➤ **La programmation de réunions de travail en commun :**

Eu égard aux difficultés évoquées ci-dessus pour réunir les agents, je leur ai demandé de programmer à l'avance, jusque fin décembre 2008, des réunions de travail en commun ou des rencontres ponctuelles en binôme pour faire valider au fur et à mesure les procédures par le vérificateur, l'approbateur et la coordinatrice qualité.

Je me suis rendue compte en effet, que le responsable management Q.S.E prenait beaucoup d'avance dans l'élaboration des procédures mais que celles-ci n'étaient pas validées régulièrement, ce qui bloquait l'avancement des travaux. Par ailleurs, je me suis aperçue en assistant aux journées de formation que les agents ne se concertaient pas toujours en amont sur les documents qu'ils soumettaient à la correction des formateurs. Certains les découvraient pour la première fois le jour de la formation, ce qui était contre productif.

Ils ont donc par la suite planifié des rencontres hebdomadaires d'une demi-journée, pour travailler entre eux.

➤ **Les réunions de suivi périodiques :**

Pour ma part, j'ai organisé des réunions de suivi 1 à 2 fois par mois pour vérifier l'avancement des travaux et les contraindre à avancer sur ce projet. Ces réunions ont été également l'occasion d'évoquer les problèmes rencontrés et d'arrêter une position institutionnelle en cas de doute sur l'orientation de la certification.

➤ **Les journées de formation:**

Les formations du cabinet « Limousin qualité conseil » se sont déroulées sur toute une journée dans l'unité de traitement des DASRI, 1 fois par mois, voire 1 fois tous les 2 mois. La plupart du temps les deux formateurs étaient présents. Cette intervention en binôme était d'ailleurs absolument nécessaire, étant donné la complémentarité de leurs compétences. La formation a débuté par une présentation des exigences respectives des trois normes et la mise à disposition de supports de cours et de modèles de formulaires. Les formateurs ont également fournis des outils EXCEL très intéressants pour effectuer l'analyse des risques. A chaque séance de cours, le groupe de travail présentait ces travaux aux formateurs qui apportaient les corrections nécessaires, avant de poursuivre. Cette formation a été d'un soutien indéniable et a véritablement permis de guider les agents dans la démarche.

2.2.3. La maîtrise du budget de certification

Les coûts financiers de la démarche de certification Q.S.E sont doubles. Il y a d'une part les coûts liés à la mise en œuvre de la certification (2.2.3.1), et d'autre part, les coûts d'investissements qui découlent de la certification (2.2.3.3).

2.2.3.1. Les coûts de mise en place de la certification

Les coûts de mise en place de la certification sont de deux ordres : directs et indirects.

➤ **Les coûts directs⁴⁸ :**

Ce sont les coûts liés aux dispositifs d'accompagnement et de mise en place de la certification, à savoir la formation et les audits.

D'une part, le montant des deux formations suivies par les agents s'élève à 15 404€ TTC, ce qui représente un coût important mais nécessaire. Il est en effet indispensable de recourir à un organisme de formation susceptible d'accompagner le groupe de certification tout au long de la démarche. Les formations d'aide à la mise en place des certifications ISO dispensées par l'AFNOR sont souvent les plus sollicitées mais aussi les plus coûteuses. Cependant, l'AFNOR n'est pas le seul organisme de formation ISO. Il existe sur le marché d'autres cabinets conseil d'aide à la mise en place d'une démarche Q.S.E souvent moins connus mais tout aussi efficaces.

D'autre part, l'audit de certification et l'audit blanc sont assez coûteux. En effet, il faut compter 8 132 € TTC d'audit de certification (initial et principal) pour une démarche Q.S.E. En outre, si l'audit blanc de la norme ISO 9001 peut facilement s'organiser en interne, il est difficile d'internaliser celui d'un système de management intégré qui suppose qu'un agent du CHU soit en mesure de maîtriser les trois normes. Il faut donc ajouter au coût de l'audit de certification, le coût d'externalisation de l'audit blanc, soit 2 392 € TTC.

Enfin, il faut penser à anticiper les coûts des 2 visites de suivi qui représentent 5 980€ TTC. Au total, il faut prévoir 16 504 € TTC sur 3 ans.

➤ **Les coûts indirects⁴⁹ :**

Les coûts indirects prennent en compte les coûts humains de la certification. Il m'est apparu important de valoriser le temps agent consacré à la mise en place de la certification, eu égard au caractère chronophage de la démarche. En effet, lorsqu'on

⁴⁸ C.f. Annexe 11 : Les coûts directs et indirects de la certification

⁴⁹ C.f. Annexe 11: Les coûts directs et indirects de la certification

parle de « coût », on a tendance à ne prendre en compte que les coûts directs, or les coûts indirects de ce type de démarche sont bien souvent plus élevés.

Nous avons donc fait une estimation du temps consacré par chaque agent à la mise en place de la certification pendant toute la durée du projet soit 18 mois, valorisé par le coût horaire de chaque agent. Le calcul englobe les temps de travail collectifs et de recherche individuelle, les temps de vérification et de corrections des documents et les temps de formation.

En l'occurrence, le total du temps agent cumulé consacré à la certification représente environ 313 jours de travail rémunérés, soit 44 266 €. Ce chiffrage estimatif déjà très élevé n'est cependant pas exhaustif, puisqu'il ne prend pas en compte les 15 jours que j'ai consacrés au pilotage de la mission en qualité de directeur stagiaire ni les 60 jours de stages de l'élève en IUT hygiène et sécurité, exclusivement dédiés à la certification et non rémunérés par le CHU. Etant donné le coût élevé que représente le temps global consacré par les agents à la certification, on peut se demander s'il n'eut été plus judicieux et économique de recruter spécialement un qualificateur pour 18 mois⁵⁰.

➤ **Les perspectives de financement** ⁵¹:

La Direction des affaires économiques a pour l'instant supporté seule les coûts liés à la mise en place de la certification. Toutefois, il faut savoir que l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) propose un soutien financier aux projets en faveur de la protection de l'environnement. Elle est notamment susceptible de subventionner des mesures d'aide à la mise en place d'une certification ISO 14001, telles que les formations et audits blancs. En revanche, elle ne subventionne pas les formations déjà facturées, d'où l'intérêt de constituer un dossier de demande de financement bien en amont de la certification.

J'ai alors envoyé un dossier de demande de subvention à l'ADEME, dans lequel j'ai présenté le projet de certification qualité, sécurité, environnement et détaillé les mesures d'accompagnement auxquelles nous avons eu recours. Ce dossier doit être étudié très prochainement par la commission de subvention des projets de l'ADEME qui se tient tous les mois.

⁵⁰ 44 268€ pour 18 mois soit 2459€ brut/ mois, soit l'équivalent d'un emploi temps plein.

2.2.3.2. La maîtrise des investissements découlant de la certification

La mise en œuvre de la certification, ou plus précisément, la mise en conformité réglementaire et la gestion des risques de l'unité de traitement des DASRI vont impliquer des investissements importants qu'il convient d'anticiper.

Pour ce faire, l'implication de la direction dans l'analyse des risques professionnels et environnementaux notamment est fondamentale. En effet, la cotation des risques en fonction de leur criticité va permettre d'élaborer un classement des actions prioritaires sur la base duquel il va falloir établir un plan d'action. Il est donc souhaitable que le directeur responsable du projet valide en amont le système de cotation et la grille d'analyse des risques⁵² pour pouvoir maîtriser les coûts de mise en œuvre et éviter de supporter des coûts non souhaités dans le futur.

En effet, les normes ISO 14001 et ISO 18001 permettent d'échelonner dans le temps les dispositifs de gestion des risques en fonction de leur faisabilité technique et économique. Il est donc indispensable que le directeur s'implique personnellement dans cette phase du projet, car celle-ci va conditionner les investissements de l'unité de traitement des DASRI sur le long terme.

A la date de rédaction du mémoire, l'analyse des risques en fonction du taux de criticité a été réalisée en revanche, les investissements lourds n'ont pas été encore priorités, le chiffrage n'ayant pas été fait.

Toutefois, en ce qui concerne les investissements peu coûteux, il a été décidé qu'ils seraient honorés progressivement, sans qu'il soit nécessaire de prioriser ces dépenses. Depuis le début de la certification, environ 2 250 € TTC ont été dépensés pour acquérir des fournitures diverses destinées à sécuriser l'unité de traitement des DASRI.

⁵² C.f. Annexe 8 et 9: Grilles de cotation des risques professionnels et environnementaux

Conclusion

Si les certifications de type ISO, telles que les démarches qualité, sécurité, environnement sont des procédures fastidieuses à mettre en place, il ne faut pas oublier qu'elles sont avant tout des systèmes de management très efficaces, dont les bénéfices peu connus ont pu être constatés par des organismes certifiés.

En tant que réel outil de gestion des risques environnementaux, sociaux et économiques, elles permettent au directeur d'hôpital d'accroître sa maîtrise des processus, notamment lors des revues de direction annuelles qui sont l'occasion de faire une évaluation périodique du système sur la base d'indicateurs d'activité concrets.

Le référentiel sur lequel s'appuie la certification constitue alors un repère de bonnes pratiques à la fois utile au personnel et à l'équipe de direction, susceptible par ailleurs d'établir une comparaison objective de performances ou de benchmarking entre établissements certifiés Q.S.E. Car c'est bien de cela dont il s'agit ; d'efficience !

Dans un contexte de tarification à l'activité, il est en effet important que les hôpitaux soient en mesure de prouver objectivement l'efficacité et la qualité de leurs prestations. Les démarches de certification ISO peuvent justement les y aider par la mise en place d'indicateurs de suivis pertinents et d'une traçabilité fiable et rigoureuse.

Mais attention, pour que la certification ISO apporte pleinement satisfaction, il est indispensable que la direction s'engage au plus haut niveau et accepte de jouer le jeu jusqu'au bout, en soutenant les équipes et en leur donnant les moyens de réaliser leurs objectifs.

Dans ces conditions, les démarches de certifications ne doivent pas être considérées comme un coût mais plutôt comme un investissement qui sera « amorti » sur le long terme.

En ce sens, la devise des démarches de certification ISO pourrait être la suivante : « savoir donner un peu aujourd'hui, pour gagner plus demain ».

Bibliographie

ARTICLES DE PERIODIQUES

Support papier :

ADEME ., septembre 1999, « L'impact économique et l'efficacité environnementale de la certification ISO 14001/ EMAS des entreprises industrielles », *Décision environnementale*, n°79, pp. 81-92.

BERNFELD G., 2000, « Gestion des risques et environnement hospitalier », *Techniques Hospitalières*, n°652, pp. 31-48.

BERNFELD G., 2002, « L'écologie hospitalière : un nouveau concept », *Revue hospitalière de France*, n°489, pp. 30-33.

BOULESTEIX L., mars- avril 2008, « Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux au CHU de Limoges », *Techniques Hospitalières*, n°708, pp. 63-66.

CETTOUR-BARON G., 2003, « La certification de la qualité en logistique hospitalière : gadget ou outil indispensable ? », *Gestions hospitalières*, pp. 380-387.

CHARDON B., 2008, « La gestion des déchets d'activités de soins à risques », *gestions hospitalières*, pp. 95-102.

CHARTIER Y., 2005, « Gestion sûre des déchets hospitaliers : aide mémoire pour une stratégie nationale », *Revue hospitalière de France*, n°505, pp. 18-20.

COL G., GROULIER V., 2006, « CHU de Limoges. Management qualité en blanchisserie : Un système qui fait ses preuves... », *Techniques Hospitalières*, n°695, pp. 38-45.

COURAU E., LE GAC L., IRAGNE B., BRIGAND A., MEYER J-F., MAISONNEUVE H., 2005, « Le management par la qualité grâce à la certification ISO 9001 version 2000 de deux centres d'examens de santé », *Risques et qualité*, volume 2, n°3, pp. 163-171.

DAVID C., août 2006, « Déchets infectieux et élimination des DASRI et assimilés : Prévention et réglementation », INRS, pp. 1-56

HERVIER M., 1999, « Eléments de comparaison entre désinfection et incinération », *Techniques Hospitalières*, n°633, pp. 40-43.

JUNG M., 1999, « Etat descriptif des différents procédés de désinfection », *Techniques Hospitalières*, n°633, pp. 34-39.

KERTESZ C., 2006, « La certification dans les établissements de santé : Principes, procédures, bénéfices et différences avec l'accréditation », *Techniques Hospitalières*, n°695, pp. 11-15.

KERTESZ C., 2004, « Les nouveaux modèles de fonctionnement des services techniques : le guide de management de la qualité appliqué aux activités de la fonction technique des établissements de santé », *Techniques Hospitalières*, n°685, pp. 44-47.

LACROIX D., 2006, « Le système de management environnemental selon le norme ISO 14001 (version 2004) », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, volume 67, n°5, fascicule 5, pp. 759-769.

LEROUX V., mai 2008, Analyse « Développement durable »., *Gestions hospitalières*, n°476, pp. 313-351

MIGNOT S., 2007, « L'hôpital passe au vert », *l'Infirmière magazine*, n°223, pp. 26-28.

OLIVA-GABARDA D., 2004, « La réglementation des déchets d'activité de soins à risques infectieux », *Techniques Hospitalières*, n°685, pp. 51-61.

TREMEUR M., juin 2008, « La mise en place d'une politique prévisionnelle des coûts afférents aux déchets hospitaliers », *Finances Hospitalières*, pp. 24-27

VASSAL S., 1999, « La collecte sélective des déchets solides d'activités de soins », *Techniques Hospitalières*, n°633, p. 31.

VICTOR J-C., 2000, « Présentation des exigences du système management environnemental en milieu hospitalier (norme ISO 14001 – démonstration) », *Techniques Hospitalières*, n°652, pp. 44-46.

Support électronique :

ARSOUZE-FADAT V., décembre 2007, « La mise en place du tri des déchets : INDISPENSABLE ! », *CHORUS*, n°84, p.5 [visité le 10.12.2007], disponible sur internet : http://www.chu-limoges.fr/chorus/chorus_86.pdf

OUVRAGES

GEY J-M., COURDEAU D., 2007, *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail : Maîtriser et mettre en œuvre l'OHSAS 18001*, Paris : AFNOR, p

FROMAN B., GEY J-M., BONNIFET F., *Qualité-sécurité-environnement : Construire un système de management intégré*, 2^e ed, Paris : AFNOR, 327p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n°248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan hôpital 2012

PREFECTURE DE LA REGION LIMOUSIN. Arrêté du 14 janvier 1998 relatif au plan régional d'élimination des déchets industriels spéciaux en Limousin

NORMES ISO

AFNOR., décembre 2000, Systèmes de management de la qualité, NF EN ISO 9001, 1^{er} tirage

AFNOR., décembre 2004, Systèmes de management environnemental : exigences et lignes directrices pour son utilisation, NF EN ISO 14 001, 1^{er} tirage

BSI., 2007, Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail- Exigences, BS OHSAS 18 001 :2007, 3^e tirage

SITES INTERNET

ADEME. *Dossier Déchets*. [visité le 25.04.2008], disponible sur internet : <http://ademe.fr>

AFNOR. Comprendre la relation entre certification ISO 14001 et performance des entreprises. [visité le 26.08.2008], disponible sur internet :

<http://portailgroupe.afnor.fr/v3/legrenelle-environnement/index.htm>

GRENELLE DE L'ENVIRONNEMENT. *Relevé de conclusions de la table ronde « Déchets » du 20 décembre 2007*. [visité le 10.05.2008], disponible sur internet :

<http://.legrenelle-environnement.gouv.fr>

GROUPE III. *Le Grenelle de l'environnement. Synthèse et principales mesures du groupe instaurer un environnement respectueux de la santé*. [visité le 10.05.2008], disponible sur internet : <http://.legrenelle-environnement.gouv.fr>

HAS. *Manuel de certification des établissements de santé : V2010 en version pilote*. [visité le 03.06.2008], disponible sur internet : <http://has.fr>

INTERGROUPE DECHET. *Le Grenelle de l'environnement. Synthèse*. [visité le 10.05.2008], disponible sur internet : <http://.legrenelle-environnement.gouv.fr>

MEAH. *Optimiser le circuit des déchets : contexte et enjeux*. [visité le 03.07.2008], disponible sur internet : <http://meah.sante.gouv.fr>

NAAMAN R., NOVETHIC. *L'hôpital à l'heure du développement durable*. [visité le 06.07.2008], disponible sur internet : <http://inforisque.info/blog-inforisque/index.php>

TRIBAULT G. *Les établissements de santé prennent la gestion de leurs déchets en main*. [visité le 23.10.2007], disponible sur internet : <http://hospimedia.fr>

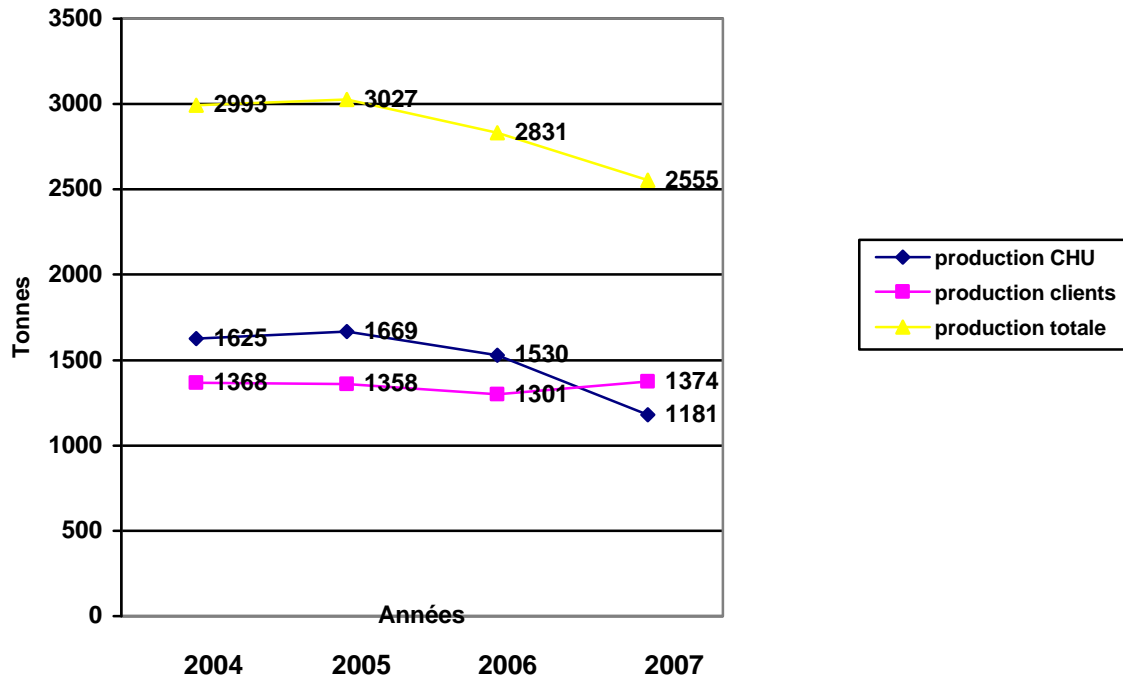
LIMOGES AGGLOMERATION. *Agenda 21 Limoges*. [visité le 12.07.2008], disponible sur le site : <http://ville-limoges.fr>

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Fiche récapitulative d'activité de l'unité de traitement des DASRI
- Annexe 2 :** Tableau récapitulatif des dépenses de l'unité de traitement des DASRI en 2007
- Annexe 3 :** Cahier des charges de la formation d'aide à l'accompagnement à la certification
- Annexe 4 :** Rétroplanning (1^{ère} version)
- Annexe 5 :** Rétroplanning (2^{ème} version)
- Annexe 6 :** Rétroplanning (3^{ème} version)
- Annexe 7 :** Cartographie des processus
- Annexe 8 :** Grilles de cotation des risques environnementaux
- Annexe 9 :** Grilles de cotation des risques professionnels
- Annexe 10 :** Questionnaire « écoute client »
- Annexe 11 :** Tableaux récapitulatifs des coûts directs et indirects de la certification QSE
- Annexe 12 :** Présentation du fonctionnement de l'unité de traitement des DASRI

ANNEXE 1: Fiche récapitulative d'activité de l'unité de traitement des DASRI

Evolution du tonnage du CHU et de ses clients



Répartition des clients entre les départements en 2007

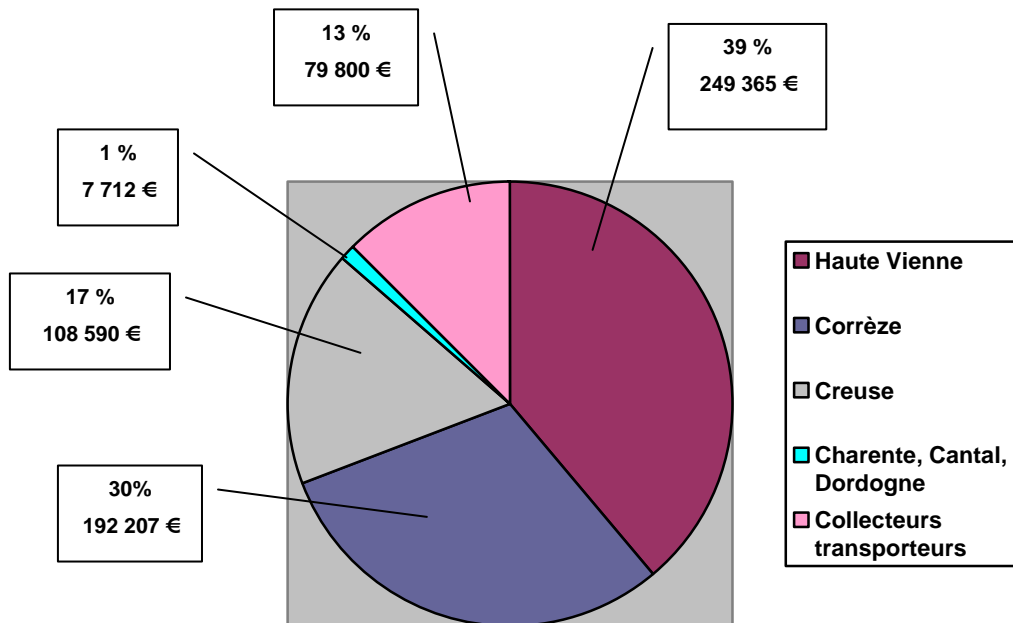


Tableau comparatif des tarifs CHU / PROCINER

	Mise à disposition des GRV	Procédé de traitement	Transfert des déchets banalisés vers un centre d'incinération	Type de tarification	TGAP (10,09€)	TVA (19,6%)	Tarif TTC/ tonne
CHU	oui	banalisation	oui	Tarif unique	NON	NON	467€
concurrent	non	incinération	non	Tarif dégressif	OUI	OUI	430€

ANNEXE 2: Dépenses 2007 de l'unité de traitement des DASRI (en € et en%).

GROUPE 1 personnel non médical		333 629,00	27,96
Rémunérations et charges sociales		309 577,38	25,94
Ingénieur		24 051,62	2,02
Dépenses à caractère médical		74,62	0,01
Médicaments et petit matériel		74,62	0,01
Dépenses à caractère hôtelier et général		615 408,09	51,53
Assainissement	C/606111	450,74	0,04
Alimentation (Boissons)	C/9423	482,73	0,04
Vêtements de travail	C/9426	949,42	0,08
Produits d'entretien	C/9426	259,57	0,02
Autres Fournitures hôtelières	C/9426	103,81	0,01
Fournitures de bureau et informa.	C/9426	942,46	0,08
Fournitures d'ateliers généraux	C/6062	31 857,71	2,67
Location équipements	C/613	18 514,00	1,55
Entretien bâtiments	C/61522	4 350,80	0,36
Entretien et réparation instal et matériel	C/61525	7 902,52	0,66
Entretien et réparation matériel informatique	C/61525	3 862,73	0,32
Autres prestations de service (contrôle labo)	C/62881	3 305,68	0,28
Destruction déchets banalisés	C/62887	428 644,00	35,92
Rénovation broyeur		47 791,58	4,00
<i>Fournitures non stockables</i>			
<i>Electricité</i>		8 766,32	0,73
<i>Eau</i>		8 252,63	0,69
<i>Vapeur</i>		38 630,00	3,24
<i>Contrôles techniques</i>		674,13	0,06
<i>Vérification des extincteurs</i>		66,20	0,01
<i>Interventions des services techniques</i>		9 105,55	0,76
<i>Communications téléphoniques</i>		495,51	0,04
GROUPE 4		244 300,90	20,47
Frais financiers	C/66	18 542,36	1,55
Amort. mat et outillage méd.	C/6811	4 191,72	0,35
Amortissement 3 ECODAS	C/6811	84 376,76	7,07
Amortissement 4e ECODAS	C/6811	30 489,82	2,55
Amortissement bâtiment		72 707,73	6,09
Amortissement divers		33 992,51	2,85
TOTAL DES DEPENSES		1 193 412,61	100
Nombre d'unité d'œuvre : tonnes		2 556	
Coût unité d'œuvre		467,00	

ANNEXE 3 : Cahier des charges de la formation d'aide à l'accompagnement à la certification

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

La Direction du CHU a décidé d'inscrire l'unité de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux dans un processus de certification.

Ce service comporte un effectif de neuf agents et deux techniciens.

Il assure l'élimination de la quasi-totalité du gisement régional de déchets des activités de soins. Le mode de fonctionnement permet de garantir la destruction des déchets dans le strict respect de la réglementation.

Le champ de certification QSE est ciblé : « réception des déchets infectieux, stockage, traitement et mise à disposition des déchets désinfectés ».

Cette activité de traitement concerne :

- l'ensemble des unités de soins et médico-techniques du CHU (5 sites : Dupuytren, Hôpital de la Mère et de l'Enfant, le Cluzeau, Jean Rebeyrol, Chastaingt)
- 50 structures externes identifiées

Un coordonnateur qualité expérimenté accompagnera la démarche de certification.

GROUPE :

Seront concernés par la formation : 1 ingénieur, 1 maître ouvrier, 1 technicien qui aura la mission de référent management qualité, 9 opérateurs et le coordonnateur qualité.

DUREE ENVISAGEE :

La planification sera définie en fonction des impératifs de fonctionnement du service.

8 jours dont 2 jours consécutifs mi janvier 2008 ; 1 jour en mars ; 1 jour en juin ; 1 jour fin septembre ; 1 jour en novembre ; 1 jour en janvier 2009 ; 1 jour en mai 2009

Les journées de formation sont de 7 heures.

⌘ DEMARRAGE PREVU : janvier 2008 / FIN PREVUE: mai 2009

LIEU DE DEROULEMENT :

Salle de réunion de l'unité de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) celle-ci met à disposition une télévision avec magnétoscope, un paper-board.

INTENDANCE :

Les photocopies et les documents doivent être fournis par le formateur sans assistance au niveau du C.H.U.

CARACTERISTIQUE DE L'ACTION :

Action nouvelle. Marché relevant de l'article 30 du décret n°2006-975 du 01 août 2006 : procédure adaptée.

REMARQUES:

La convention de formation ne pourra être signée qu'après envoi par le formateur :

- du déroulé pédagogique dûment complété par le formateur selon la maquette préétablie et validé par la Direction des Ressources Humaines.

- de la documentation qui sera remise aux participants.

A chaque regroupement, une feuille de présence devra être émargée matin et après midi par les participants et l'animateur. Le thème de travail devra être expressément indiqué.

OBJECTIFS GENERAUX :

A l'issue de la formation, les participants devront être capables de :

- ☒ répondre aux exigences des normes Q,S,E
- ☒ rédiger la politique qualité (encadrement et direction)
- ☒ maîtriser les outils qualité dans le processus d'amélioration (PDCA)
- ☒ comprendre le système de management qualité établi.
- ☒ conduire un audit interne

Le coordonnateur qualité gère les relations avec les fournisseurs, accompagne le RMQ dans la mise en place du SMQ et s'assure de l'évolution de la démarche et rend compte aux directions concernées : affaires économiques et qualité.

INTERVENANT :

L'organisme doit présenter au moins DEUX INTERVENANTS : il doit désigner le titulaire et un ou deux suppléants. Pour chacun, un CV, doit être annexé à la proposition. Il convient de faire apparaître l'expérience des intervenants dans le thème considéré et mentionner l'expérience en matière de préparation de certification QSE.

CRITERES de SELECTION des OFFRES : pour information

Adaptation du contenu à notre demande : coefficient 3

Références de l'organisme et des intervenants : coefficient 2

Engagement sur le calendrier : coefficient 2

Intérêt des méthodes de travail proposées : coefficient 1

Forme et précision de la proposition : coefficient 2

Coût de la prestation : coefficient 1

Engagement dans le processus de certification : coefficient 3

ANNEXE 4:**Retroplaning (1^{ère} version)**

Etapes	Thème	Actions	Echéancier
1	Choix du type de certification	Identifier la valeur ajoutée d'un système qualité QSE (ISO 9001 : 2000/ 14001/SECURITE)	Mi septembre 07
2	Définir le champ de certification	« réception, stockage, traitement, conditionnement, mise à disposition »	
3	Définir le type d'accompagnement de la démarche pour décrypter les exigences des référentiels, sensibiliser l'encadrement et les opérateurs	- choix d'une formation externe - aide méthodologique direction qualité CHU	
4	Choix éventuel d'un organisme de formation externe (théorie, pratique, suivi)	- rédiger le cahier des charges - lancer la consultation - analyse des offres - désignation du titulaire	Fin septembre 07
5	Désignation du représentant de la direction en tant que responsable management qualité (RMQ)	- rédiger la lettre d'engagement en définissant les axes de la politique qualité. - lancement de la démarche par le DAE lors d'une réunion de service - diffuser la lettre signée aux opérateurs	Mi septembre 07
6	Sensibiliser les professionnels à la démarche qualité de certification	- mise en place du programme de formation	tout au long de la démarche
7	Identifier les clients du système (CHU/ externes)	- établir des contrats avec les UF (CHU) - établir les conventions avec les clients extérieurs	octobre décembre 07

8	Etablir la cartographie des processus : management, réalisation, supports	- identifier les processus du système - créer des groupes de travail	
9	Etablir les fiches processus : management, réalisation, supports	- réaliser l'état des lieux de l'existant en fonction des exigences réglementaires et normatives - rédiger les documents nécessaires en tenant compte de la procédure de gestion documentaire institutionnelle : <i>procédures, modes opératoires, instructions, enregistrements, contrats avec processus supports</i>	novembre 07- mai 08
10	politique qualité : objectifs qualité spécifiques indicateurs de mesure tableau de bord	Rédaction	juin 2008
	gestion documentaire et maîtrise des enregistrements	rédiger procédures	janvier 2008
	traitement des NC		
	traitement des : AC (action corrective), AP (action préventive)		
	audits internes		Septembre 2008
	revues de processus		Septembre 2008
	SMQ (système management qualité)	planification	Novembre 2008
	revue de direction	planification	Décembre 2008
11	planifier audit initial de certification	choix de l'organisme (cahier des charges, mise en concurrence, choix)	janvier 2009

ANNEXE 5:
Rétroplanning (2^{ème} version)

thème	J/2008	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Champ de certification												
cartographie des processus												
formation QSE												
procédure gestion documentaire												
procédure de traitement des NC												
procédure de traitement des AC/AP												
procédure de traitement des audits internes												
revue de direction												
revue de processus												
Processus réceptionner												
Transformer												
Mettre à dispo pour destruction (Conditionner)												
Processus maintenance												
Logiciel												
Supports												
Processus clients												
Politique QSE												
Analyse des risques sécurité Processus Sécurité												
Analyse des risques environnementaux Processus Environnement							Cotation refaite					
Référentiel réglementaire												
Référentiel Sécurité				Fusionner avec référentiel réglementaire								
Ressources humaines												
Planification du SMI												
Manuel Qualité												

	Fait
	A valider
	En cours
	A faire

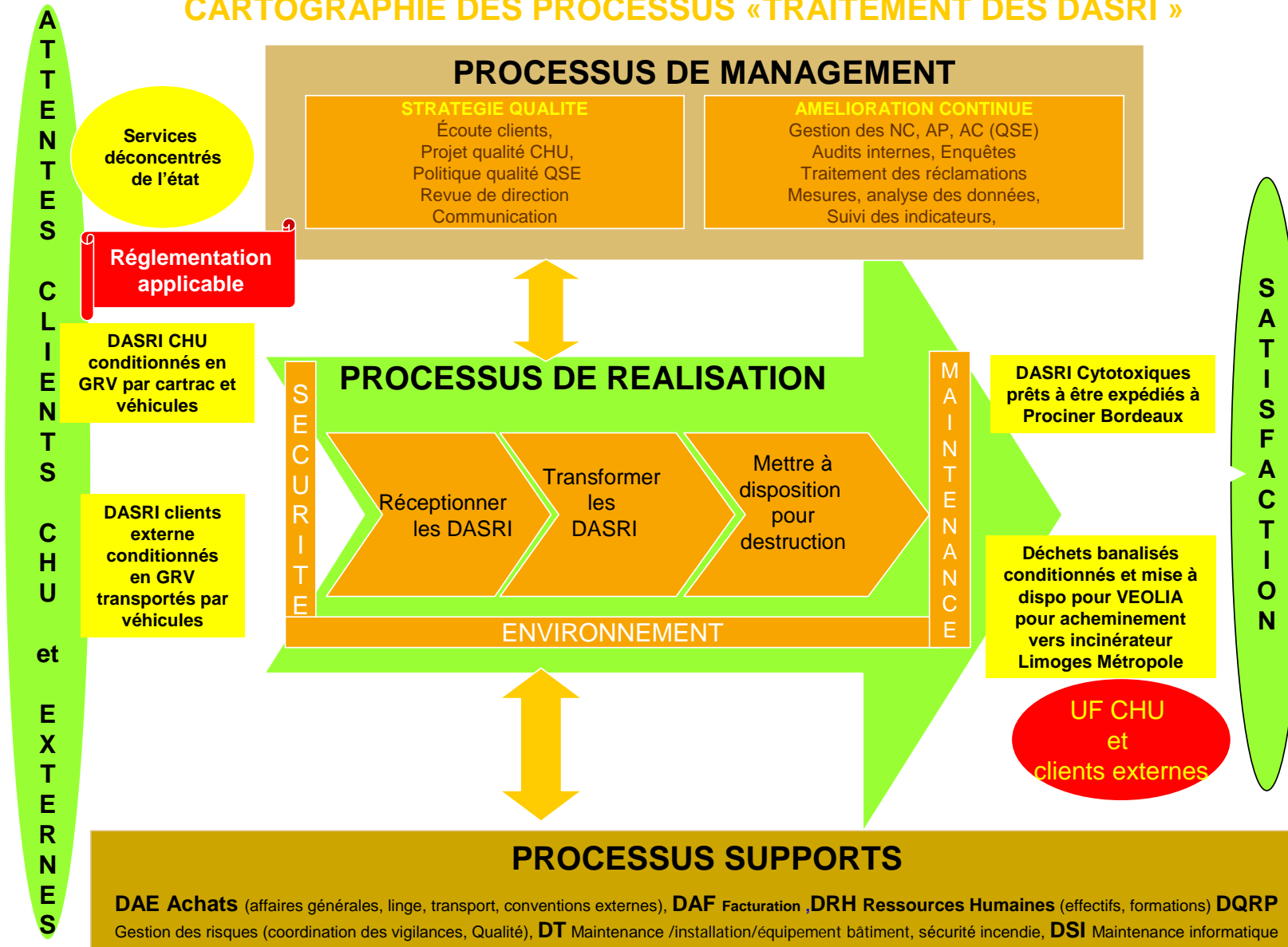
ANNEXE 6 :

Rétroplanning (3^{ème} version)

thème	J/2008	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Champ de certification							validé par LQC			Validé par DAE		
cartographie des processus												
formation QSE		à valider										
procédure gestion documentaire										à diffuser et appliquer		
procédure de traitement des NC												
procédure de traitement des AC/AP												
procédure de traitement des audits internes												
revue de processus												
Processus réceptionner										à valider pour diffusion et application		
Transformer												
Mettre à dispo pour destruction (Conditionner)												
Processus maintenance												
Supports												
Processus clients												
Politique QSE												
Analyse des risques sécurité Processus Sécurité										à valider par LQC		
Analyse des risques environnementaux Processus Environnement							Cotation refaite					
Référentiels réglementaire QSE												
Ressources humaines												
Planification du SMI												
Manuel Qualité												

thème	J/2009	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
mise en œuvre du système QSE												
audits internes												
enquête de satisfaction												
revue de direction												
appel d'offres DAE												
audit à blanc												
audit initial QSE certification												

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS «TRAITEMENT DES DASRI »



Calcul de la criticité :

Cotation	Occurrence	Critères
1	Extrêmement rare	Moins d'une fois par an
2	Rare	Au moins une fois par an
3	Courant	Au moins une fois par semaine
4	Fréquent	Au moins une fois par jour

Cotation	Maîtrise	Critères
1	Préventif	Moyens, compétence
2	Contrôle	Surveillance, mesures
3	Curatif	Réaction à posteriori
4	Aucune	Dépendance d'un événement extérieur

Cotation	Gravité	Critère
1	Mineure	Pollution mineure, conséquences internes
2	Notable	Pollution notable conséquences passagères
3	Critique	Pollution critique, conséquences durables, externes et internes
4	Maieure	Pollution maieure. plaintes. procès

Critère budgétaire :

Cotation	Budget pour réalisation	Critère
1	Très important	Etude et mise en place sous traitée
2	Important	Achat matériel >5000 Eur.
3	Mineur	Achat de matériel <5000 Eur. avec installation en interne/ ou sous traitance
4	Insignifiant	Modification en interne (compétences et moyens)

ANNEXE 9:**Grilles de cotation des risques professionnels****Calcul de la criticité :**

Cotation	Gravité	Exemples
1	Faible	Blessures légères, mineures (égratignures, brûlures superficielles)
2	Bénigne	Blessures réversibles (hématomes, petites coupures)
3	Sérieuse	Blessures occasionnant des arrêts de travail (entorses, fractures, chocs à la tête)
4	Grave	Blessures contraignantes, incapacités mineures, temporaires (douleurs dorso-lombaires)
5	Critique	Incapacités permanentes, effets irréversibles (section d'un membre, cancers professionnels)
6	Catastrophique	Mort

Cotation	Niveau de maîtrise
1	- EPI + EPC adaptés et suffisantes - mesures de prévention
2	Protections collectives et EPI adaptés
3	Protections collectives adaptées mais protections individuelles inadaptées
4	Pas de protections collectives mais protections individuelles adaptées
5	Pas de protection collective et protections individuelles inadaptées
6	Pas de protection collective ni protection individuelle

Cotation	Occurrence	Critères
1	Rare	Moins d'1 fois par an
2	Inhabituelle	1 fois par an
3	Occasionnelle	1 fois par mois
4	Fréquente	1 par semaine
5	Très fréquente	1 fois par jour
6	En permanence	Plusieurs fois par jour

Seuils de criticité

Code Couleur	Conclusion	Actions
< 32 (vert clair)	Risques presque maîtrisés et acceptables	Action à planifier lorsque les plus gros risques seront maîtrisés
32<x<64 (vert foncé)	Risques pratiquement maîtrisés mais inacceptables	Actions à prévoir sur le long terme
64<x<96 (orange)	Risques inefficacement maîtrisés et inacceptables	Actions à prévoir à court terme
> 96 (rouge)	Risques inacceptables et non maîtrisés	Mise en œuvre immédiate de mesures compensatoires Mise en œuvre dès que possible de mesures durables

ANNEXE 10 :

Questionnaire « Ecoute clients »

« Mesdames, Messieurs,

Le CHU de Limoges dispose d'une unité de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux vers laquelle converge la quasi totalité de la production régionale desdits déchets.

Soucieux de l'amélioration continue de la conduite de cette installation, la Direction de l'établissement a décidé d'inscrire cette unité logistique dans une démarche de certification Qualité - Sécurité - Environnement (QSE).

La réalisation de ce projet nécessite de mettre en œuvre une **écoute client**. En tant que professionnels de santé, nous sollicitons votre concours pour recueillir vos attentes et besoins et vous serions obligés de répondre aux questions ci-dessous.

Nous vous remercions par avance pour votre précieuse collaboration et vous invitons à faire **retour de ce questionnaire dûment complété, avant le 22 septembre 2008**.

Question n° 1 :

Avez-vous des attentes et besoins relatifs à l'élimination des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) en terme d'organisation du tri, circuits , matériels mis à disposition... ?

Question n° 2 :

Avez- vous des attentes et besoins en termes d'information, communication, formation concernant l'aspect réglementaire ?

Question n° 3 :

Avez- vous les moyens d'évaluer la production de déchets infectieux au niveau de votre secteur d'activité ?

Question n° 4 :

Si vous aviez deux suggestions prioritaires à proposer pour améliorer le système établi quelles seraient –elles ?

ANNEXE 11: Tableaux des coûts directs et indirects de la certification QSE**Coûts de formation :**

	Journées de formation	Coût TTC total de la formation
Limousin Qualité Conseil	10	11 780,60 €, soit 1178,60 € TTC/ jour
AFNOR	2	3623,88 € soit 1207,96 € TTC/ pers <i>(Hors frais de déplacement)</i>
Mouvement français pour la qualité	2	Compris dans l'abonnement du CHU
TOTAL	14	15 404,48 €

Coûts de certification prévisionnels:

	Coût TTC
Audit blanc QSE (1,5 jour sur site)	2 392 € TTC
Audit de certification (3,5 jours sur site)	8 132 € TTC
Visite de suivi annuelle n°1 (2 jours sur site)	2 990 € TTC
Visite de suivi annuelle n°2 (2 jours sur site)	2 990 € TTC
TOTAL Certification sur 3 ans	16 504 € TTC

Valorisation du temps agent :

	Temps de travail cumulé sur 18 mois	Coût agent brut total
Ingénieur environnement	28 jours	4256 €
Coordinatrice qualité	54 jours	18 925 €
Responsable du management QSE	180 jours	16 068 €
Maître ouvrier	11 jours	841 €
Elève en IUT sécurité et hygiène (emploi d'été)	40 jours <i>(+ 60 jours non rémunérés de stage)</i>	4176 €
TOTAL	373 jours	44 266 €

ANNEXE 12 : Présentation du fonctionnement de l'unité de traitement des DASRI

L'unité de traitement des DASRI du CHU de Limoges est rattachée directement à la Direction des Affaires Economiques. Elle est placée sous la responsabilité de l'ingénieur environnement et encadrée par un technicien supérieur hospitalier, secondé par un maître ouvrier. Neuf ouvriers spécialisés, affectés à la production assurent 7 jours/7, 24h/24 la réception des déchets, le traitement et l'entretien des locaux.

L'unité traite les DASRI de l'ensemble du CHU et de ses clients, à l'exception :

- *des déchets cytotoxiques et agents transmissibles non conventionnels* qui sont stockés dans l'unité avant d'être évacués, 2 fois par semaine, vers l'incinérateur de DASRI de Bassens en Gironde.
- *des déchets anatomiques aisément reconnaissables* qui sont directement dirigés vers un crématorium

Le transport de ces déchets est assuré par le service logistique du CHU de limoges et facturé aux clients.

➤ **La collecte des DASRI :**

Pour le CHU :

Les déchets du site principal de Dupuytren sont acheminés par un système de rail automatique (CARTRAC) des services de soins vers l'unité de traitement. Les sacs de déchets sont ensuite déchargés dans un grand récipient vrac (GRV) et pesés par un agent de l'unité présent de 7h30 à 20h00.

Les déchets provenant des sites annexes du CHU (Hôpital de Jean Rebeyrol, Hôpital du Cluzeau, Hôpital de la mère et de l'enfant, Hôpital de Chastaingt) sont collectés et livrés à l'unité de traitement des DASRI par les transports logistiques du CHU

Pour les clients :

Les clients acheminent leurs déchets jusqu'à l'unité de traitement du CHU de limoges par leurs propres moyens. Le prestataire de service ou le client lui-même qui a transporté les déchets doit obligatoirement remettre un bordereau de suivi, normalisé CERFA au CHU.

➤ **La traçabilité du déchet :**

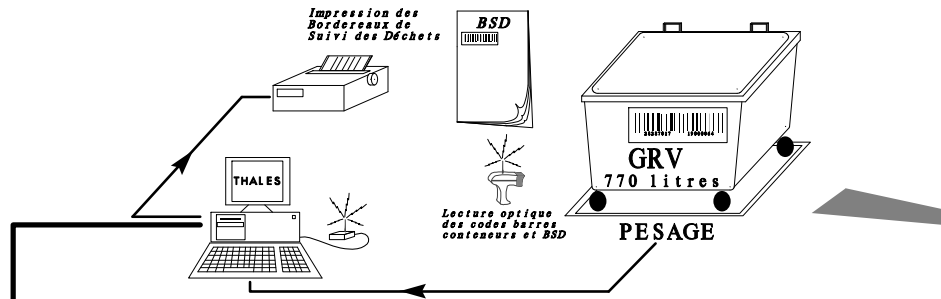
Afin de garantir une prestation de qualité, l'unité de traitement des déchets s'est munie d'un système informatique capable de tracer le déchet dès sa réception jusqu'à son élimination. Le CHU peut ainsi prouver que le délai légal de traitement des déchets a été respecté, soit 48h entre la production du déchet et son élimination (ou 72h maximum).

La procédure est la suivante :

- L'agent de réception scanne le code barre du producteur du déchet, place le GRV sur une bascule (reliée au système informatique) et scanne le GRV qui est immédiatement enregistré dans une base de données. A chaque entrée correspondent le numéro complété par le producteur, le poids, les numéros de GRV qui lui sont alloués puis la date et l'heure de réception afin de pouvoir justifier du temps d'attente avant le traitement.
- Les déchets sont ensuite amenés vers la zone de stockage en attendant d'être traités.
- Les GRV, une nouvelle fois scannés lors du traitement, sont chargés automatiquement dans l'autoclave grâce à un monte charge actionné par un opérateur. Les appareils de banalisation sont reliés à un ordinateur qui enregistre les données importantes de chaque cycle, à savoir le numéro de l'agent ayant lancé le cycle, la date et l'heure du lancement du cycle.
- A l'issue du cycle de traitement, les déchets banalisés sont recueillis dans un container et évacués vers les compacteurs. Ils rejoignent enfin la filière des déchets ménagers pour être transportés par un prestataire privé deux fois par jour vers l'incinérateur communal.
- La dernière étape est le lavage du GRV. Pour cela l'unité dispose d'une laveuse automatique capable de laver 2 GRV par cycle, un produit désinfectant et un produit de nettoyage sont injectés à chaque cycle. Une fois le GRV lavé, l'agent le scanne avant de le remettre dans le circuit des GRV propres.

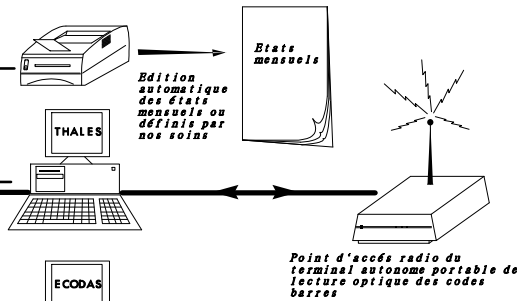
Cheminement des déchets au sein de l'Unité de Traitement

1 Réception des DASRI



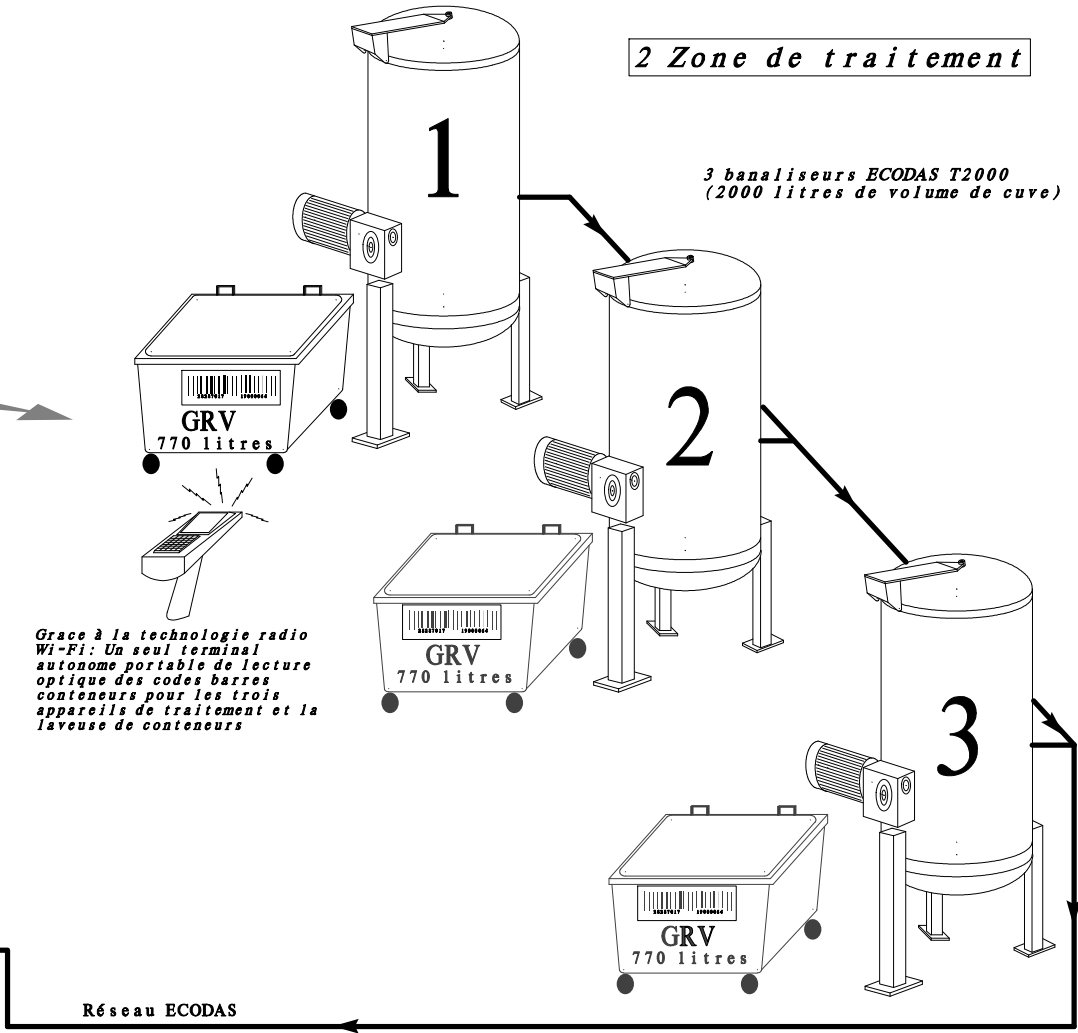
4 Gestion, Exploitation

Système de traçabilité des déchets THALES: enregistrement en continu des poids, types de déchets, provenance et des heures de passage aux différentes étapes de traitement. Ce système est rendu obligatoire par la réglementation.



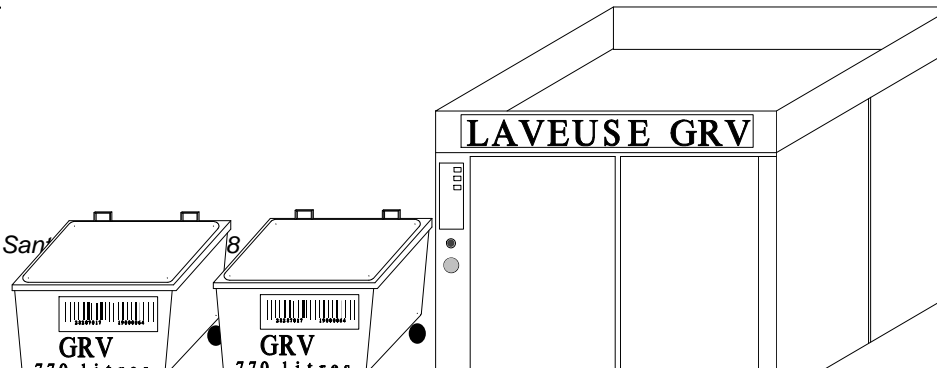
Système de traçabilité des paramètres de fonctionnement ECODAS: enregistrement en continu des pressions, températures et défauts de fonctionnement des trois appareils. Ce dispositif est rendu obligatoire par la réglementation.

2 Zone de traitement



Charlotte LHOMME - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Départ vers les établissements producteurs de DASRI



LEXIQUE XXI

BSD: Bordereau de Suivi de Déchets
 GRV: Conteneur
 Banalisation ou inactivation: Traitement des DASRI par broyage et

➤ **Le système de traitement utilisé**

L'unité de traitement des DASRI possède 4 appareils ECODAS de banalisation des déchets. Ce sont des autoclaves munis de broyeurs intégrés. Ce système a pour avantage d'être totalement hermétique et de réduire de *80% le volume des déchets*. Il a cependant pour inconvénient d'alourdir le poids des déchets de 14% du fait de la vapeur utilisée pour la désinfection, ce qui impacte sur le coût de traitement des déchets banalisés.



Chaque banaliseur a une capacité de traitement de 2000 litres ce qui permet de charger 3 GRV de DASRI par cycle



Le monte charge permet de hisser le GRV de déchets au sommet du banaliseur



Une fois le couvercle ouvert, les GRV de DASRI sont chargés dans le banaliseur



Les déchets sont broyés puis stérilisés par vapeur d'eau à 138°C avec une pression de 4 bars. La durée totale du cycle est de 40-45 minutes



Le broyeur est tout inox afin de résister aux contraintes exercées par la vapeur.



Le déchet broyé et stérilisé a été réduit et peu dorénavant rejoint un compacteur, en tant que déchet banalisé.

➤ **La maintenance des appareils:**

L'activité du service nécessite la disponibilité permanente du matériel et notamment des appareils ECODAS sans lesquels la désinfection des DASRI serait impossible.

C'est pourquoi l'unité est totalement autonome sur la réalisation des opérations de maintenance (préventives et/ou curatives). Elles sont effectuées par le technicien et le maître ouvrier du service qui ont chacun leur spécialité. Ces opérations ne sont réalisables qu'avec l'aide des agents de l'unité qui mettent aux services des techniciens leur connaissance du matériel. Ce qui permet d'anticiper les arrêts prolongés et les pannes qui nécessitent plusieurs heures d'intervention (exemple : remplacement d'un broyeur : 8h d'intervention pour 2 personnes).

➤ **L'entretien des locaux, des GRV et des compacteurs:**

Outre le traitement, les agents sont tenus de nettoyer quotidiennement les sols de l'unité afin de supprimer tous risques liés à la nature de l'activité.

Les machines sont également nettoyées complètement une fois par mois.

L'unité de traitement des DASRI dispose de plus de 600 GRV qui sont mis à disposition des clients. Ces GRV nécessitent une surveillance et une maintenance constante.

Par ailleurs, les agents s'assurent en permanence des bonnes conditions de fonctionnement des différentes bennes et compacteurs à déchets (DIB, DAOM, benne à ferraille, D3E...) situés à proximité de l'unité, afin que toutes les équipes logistiques et techniques puissent en disposer le plus rapidement possible.