



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

**« Un exemple de management par la
qualité : la certification ISO 9001
version 2000 des services
économiques et logistiques du centre
hospitalier intercommunal de Créteil »**

Arnaud CORVAISIER

Remerciements

M. ANGENARD, chef d'unité au service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Lagny-sur-Marne (Seine-et-Marne) et responsable du management de la Qualité, qui m'a expliqué l'histoire de la certification de son service.

Mme BOUGUERRA, manager santé à la CEGOS, et M. SOULIE, directeur des ressources humaines et chargé de la qualité, pour leurs conseils et leur relecture attentive.

M. CREMADEZ, enseignant et écrivain, qui a eu la gentillesse de me consacrer du temps pour répondre à mes questions sur le pilotage de ce projet de certification et la stratégie à mettre en œuvre en matière de conduite du changement.

La référente qualité, la qualitiennne et tous les pilotes de processus du CHIC pour leur approche constructive et réaliste au quotidien de la démarche d'amélioration continue au regard des contraintes du terrain.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 UNE DÉMARCHE QUALITÉ BIEN IMPLANTÉE QUI FACILITE L'APPROPRIATION DES EXIGENCES DE LA NOUVELLE NORME ISO 9001 VERSION 2000	4
1.1 Une démarche qualité bien implantée	4
1.2 L'importance d'une gestion documentaire efficace	10
1.3 La norme ISO 9001 version 2000 : une autre vision du management de la qualité	12
1.4 Une certification en deux temps des services économiques et logistiques	16
2 UNE APPROCHE PROCESSUS CENTREE SUR LES RESULTATS A OBTENIR ET L'ORGANISATION DES MOYENS POUR Y PARVENIR	19
2.1 Définition et utilité de l'approche processus.....	19
2.2 Comment conduire le changement ?.....	24
2.3 Etablir une cartographie des processus permet de mettre en relief les interfaces.....	38
2.4 Mettre en oeuvre les processus dans le système de management par la qualité	41
3 D'UN RECUEIL DES BESOINS EXPLICITES À LA SATISFACTION DES BESOINS IMPLICITES DES CLIENTS.....	45
3.1 Intérêt et perspectives.....	45
3.2 Privilégier l'écoute client.....	47
3.3 Etablir le processus de mesure de la satisfaction des clients et en exploiter les résultats	48
4 LA DÉMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE POUR SORTIR DE LA QUALITE SUBIE	49
4.1 Une démarche exigeante	49
4.2 Démarche de progrès et engagement de la direction.....	50
4.3 De l'amélioration sporadique à l'amélioration continue.....	51

5	DEPLOYER LES OBJECTIFS ET LA PLANIFICATION POUR ATTEINDRE UNE QUALITE ACTIVE VOIRE PRO - ACTIVE	55
5.1	La planification de la qualité.....	55
5.2	Une planification des objectifs et des ressources.....	57
5.3	Vers une nouvelle politique des ressources humaines au CHIC?	58
5.4	Améliorer la cohérence du système grâce aux audits internes.....	60
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	LISTE DES ANNEXES.....	69

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
DIM : Département d'Information Médicale
DIT : Direction des Investissements et des Travaux
DRH : Direction des Ressources Humaines
DSEL : Direction des Services Economiques et Logistiques
DSIOA : Direction du système d'information, de l'organisation et des archives
DSSI : Direction des Services de Soins Infirmiers
DSV : Direction des Services Vétérinaires
GBEA : Guide de Bonne Exécution des Analyses
GDR : Gestion des Risques
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Carrières
HACCP : Hasard Analysis Critical and Control Point ou Analyse des Points Critiques
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
ISO : Organisation internationale de normalisation (International Standards Organisation)
MAQ : Manuel Qualité
MHL : Maintenance Hygiène Logistique
MOP : mode opératoire
PADAC : Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
PDCA : cycle d'amélioration continue qui comprend quatre étapes : *Plan* – planifier, *Do* – réaliser, *Check* – mesurer, *Act* – agir pour améliorer
RCR : Remplacement au Consommé Réel
RQDSEL : Référent Qualité DSEL
SMQ : Système de Management de la Qualité

INTRODUCTION

L'hôpital est depuis toujours confronté à deux types de phénomène qui altèrent l'efficacité de son fonctionnement : la complexité et le cloisonnement. Son organisation subit de nombreuses forces centrifuges qui mettent en péril ses projets et parfois même l'élaboration d'une stratégie. Afin de remédier à ces défauts structurels, une adaptation du management est une voie envisageable. Dans ce cadre, l'évolution du sommet stratégique¹ par l'introduction de transversalité, mais aussi un management permettant à chacun de découvrir le domaine d'action de l'autre et de partager des problématiques sont essentiels. Comme l'écrit Georges NIZARD, *"l'hôpital manque de souplesse, il est sous-managé²"*.

L'implantation progressive de la démarche qualité dans les hôpitaux apporte des réponses aux besoins de l'institution en matière de transversalité, de coopération et de communication. De nombreux établissements en ont pris conscience et, de démarche imposée par la réglementation avec l'accréditation, elle devient de plus en plus souvent une politique volontariste de l'organisation. La certification ISO 9001 version 2000 renforce cette perspective en mettant à la disposition de l'hôpital une méthode de management par la qualité.

La certification permet, par ailleurs, de se préparer aux futures obligations d'une version 2 de la procédure d'accréditation simplifiée, mais aussi beaucoup plus exigeante en terme d'intégration dans la démarche qualité. En effet, cette nouvelle version part de la précédente pour aller au coeur du métier et apprécier davantage le service médical rendu au patient. Elle va plus loin dans l'évaluation des pratiques professionnelles et renvoie à la notion d'audit qui, culturellement, a du mal à s'imposer de manière positive à l'hôpital. La certification ISO 9001 version 2000 répond à cette même logique de culture d'évaluation et donne ainsi la possibilité aux services qui se lancent dans cette démarche de préparer la prochaine visite des experts-visiteurs de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

¹ Mintzberg expose la configuration structurelle de toute organisation avec quatre rôles communs (sommet stratégique, centre opérationnel, technostructure et fonction logistique). Le sommet stratégique est constitué du ou des responsables de la performance de l'organisation.

² NIZARD G., Techniques de management : « il faut de l'inédit !, *Hospimédia*, 28 juin 2004.

Certifier les services économiques et logistiques permet également de répondre à un environnement financier en pleine évolution. La comptabilité analytique et la mise en place progressive de la tarification à l'activité mettent en exergue la question des coûts de revient de ces activités et rendent les comparaisons avec le privé plus aisées. Les services logistiques et ses différents métiers ne représentent pas le coeur de métier de l'hôpital. La question de leur privatisation se pose avec d'autant plus d'acuité que les établissements de santé rencontrent des problèmes budgétaires croissants. En outre, les politiques actuelles de *reengineering*, de réduction des frais généraux, de systèmes comptables rapportant directement le travail fourni par une personne ou un service à sa valeur financière ont le vent en poupe et il convient de s'y adapter pour ne plus les subir. Or, s'il est parfois difficile de rivaliser avec le privé sur le chapitre des coûts de revient, il est d'autant plus crucial pour les services logistiques de satisfaire au mieux leurs clients que sont les services de soins par une prestation de qualité qui les satisfassent. Fournir une prestation de qualité qui ne soit pas trop standardisée sont les conditions *sine qua non* de la survie des services logistiques à l'hôpital. Ainsi, de nombreuses entreprises du secteur privé peuvent sans doute distribuer des repas de qualité à moindre coût. Mais alors que le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) s'oriente résolument vers une alimentation qui fait partie intégrante des soins, il est plus difficile pour elles de proposer ce type de prestations différenciées.

Enfin, la démarche de certification bénéficie de circonstances favorables au CHIC.

D'une part, une culture qualité qui s'est diffusée depuis quelques années dans l'établissement, notamment par la préparation de l'accréditation.

D'autre part, l'opportunité que représente l'implantation d'un nouveau système d'information par les processus de type ERP (progiciel intégré) depuis 2003 milite également en faveur d'une diffusion plus large de la culture qualité et de la transversalité dans l'établissement.

Enfin, le succès d'une initiative isolée comme celui du service de stérilisation conduit à s'interroger sur l'intérêt que représente la certification. En effet, le service de stérilisation dont l'image de marque était depuis longtemps ternie s'est lancé en 2000 dans une démarche de certification qui a considérablement amélioré la qualité de ses prestations et a contribué à valoriser le service. Le témoignage du service de réanimation du centre hospitalier de Lagny-sur-Marne (Seine-et-Marne)³ qui est le premier service de réanimation en France à être certifié ISO 9001 version 2000 illustre aussi l'idée selon

³ Entretien du 27.04.04 avec M. François ANGENARD, chef d'unité au service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Lagny-sur-Marne et responsable du management de la Qualité

laquelle ce type de démarche est très valorisante pour le personnel. Ainsi, Lagny a communiqué sur son succès par voie de presse en indiquant que le personnel du service de réanimation polyvalente était fier d'annoncer la certification de son service.

Le directeur général et le directeur adjoint chargé de la Qualité ont donc décidé d'utiliser la méthodologie de la certification pour initier un nouveau mode de management au CHIC. Faisant le pari d'une émulation suscitée par l'exemple pour le centre opérationnel⁴, ils ont décidé de progressivement certifier les services techniques et administratifs.

Il s'agira dans un premier temps de décrire l'histoire de la démarche qualité à Créteil puis d'insister sur ce qui fait l'intérêt de la norme ISO 9001 version 2000.

Les quatre parties suivantes viseront à mettre en exergue les orientations de la norme et la dynamique du cycle d'amélioration continue de la qualité : quatre réorientations fondamentales par rapport à la version précédente de la norme (l'approche processus, la mesure de la satisfaction du client, l'amélioration continue de la qualité et la planification stratégique) qui s'intègrent parfaitement dans la roue de Deming d'amélioration continue de la qualité.

⁴ Les services de soins

1 UNE DÉMARCHE QUALITÉ BIEN IMPLANTÉE QUI FACILITE L'APPROPRIATION DES EXIGENCES DE LA NOUVELLE NORME ISO 9001 VERSION 2000

1.1 Une démarche qualité bien implantée

1.1.1 Présentation de l'établissement

A) Un hôpital de proximité doté de pôles d'excellence

Le CHIC issu de quatre communes, est un établissement public de santé situé dans la région Ile-de-France dont le bassin d'attraction se situe dans une zone de 433 000 habitants environ. Il comporte un site unique pavillonnaire qui présente une capacité de 542 lits, emploie 1792 personnels non médicaux, 430 personnels médicaux et 33 sages-femmes.

Il s'agit d'un établissement avec une activité aiguë du fait de la présence d'une maternité de niveau 3, d'un service d'accueil et de traitement des urgences commun avec le centre hospitalier universitaire (CHU) Henri-Mondor, de plusieurs services hospitalo-universitaires de rayonnement parfois national (Ophtalmologie, Pneumologie, Gynécologie-Obstétrique,...), d'une activité d'oncologie-radiothérapie. Il en résulte pour l'établissement un effet « d'aspiration vers le haut » vers un statut de « quasi – CHU », encore renforcé par la proximité d'Henri Mondor et les conventions de partage d'activité qui existent avec celui-ci.

Dans son organisation et son évolution, le CHIC est très marqué par sa structure pavillonnaire qui induit une forte dispersion des activités qui n'est que partiellement contrebalancée par l'existence d'une galerie souterraine. Les projets de travaux ne prévoient pas beaucoup de constructions nouvelles (hormis le bâtiment pneumologie), et se traduisent par des opérations « tiroirs » permettant, à la faveur de rénovation ou de réhabilitation de bâtiments existants, parfois inoccupés, de faire face aux nécessités de regroupement des activités, notamment de soins, et/ou de mise à niveau dans le domaine hôtelier.

B) Les services économiques et logistiques

La Direction des services économiques et logistiques (DSEL) comprend 150 agents répartis comme suit :

- 14 agents aux services économiques qui gèrent les achats de l'établissement (sauf les équipements), ainsi que la plus grosse partie des liquidations et des mandatements ;
- 48 agents au service restauration qui comprend les cuisines du CHIC, le self du personnel et l'internat. Il faut savoir que le self et l'internat sont exclus du périmètre du certificat ;
- 7 diététiciennes au service diététique ;
- 20 agents à la blanchisserie ;
- 7 agents au magasin général et à la reprographie ;
- 29 agents au service Maintenance et Hygiène des Locaux (MHL) ;
- 5 agents à la collecte des déchets et à la désinfection ;
- 5 agents aux espaces verts ;
- 9 agents aux ambulances et courses ;
- 6 agents à la sécurité des biens et des personnes.

1.1.2 Historique et organisation de la démarche qualité

En liaison avec des obligations légales, le CHIC a été amené à mettre en place un certain nombre de structures appelées à améliorer la qualité : présence sur le site d'un centre de pharmacovigilance depuis 1981, création du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) en 1991, désignation du correspondant d'hémovigilance en 1995, mise en place de la matériovigilance en 1997.

A) Le Comité Qualité, une instance de définition de la politique Qualité

Le Comité Qualité est une structure transversale de coordination de la démarche qualité de l'établissement. A ce titre, il examine, dans le respect des règles de fonctionnement de l'institution, toute question relative à la qualité du service rendu aux usagers.

Le Comité Qualité est composé des principaux responsables de l'établissement : le Directeur, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Directeur des Services de Soins (DSSI), le Médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM), le Directeur Adjoint chargé de la démarche qualité, les responsables des

vigilances (pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, CLIN), le Médecin du Travail.

➤ Le Comité Qualité analyse, selon des modalités et une périodicité qu'il détermine, des informations sélectionnées à sa demande auprès de la cellule qualité de l'hôpital et notamment celles issues des démarches d'accréditation et de gestion des risques.

Le Comité Qualité établit une relation de type Maîtrise d'Ouvrage/Maîtrise d'œuvre avec les différents groupes projets du CHIC (*annexe 1- Groupes projets s'inscrivant dans la démarche qualité*) qui se réunissent traditionnellement au CHIC et sont chargés de la mise en œuvre de la démarche qualité au sein de l'établissement. A ce titre :

- le Comité Qualité est le donneur d'ordre des différents groupes projets, dont il définit notamment les priorités.

- le Comité Qualité valide les documents proposés par les groupes projets.

La cellule Qualité

La cellule qualité de l'hôpital (0,3 directeur adjoint, 1 cadre supérieur de santé -qualiticien, 1 gestionnaire des risques, 0,5 gestionnaires des plaintes) est un groupe opérationnel rassemblant le personnel chargé de coordonner la démarche qualité. Elle est placée sous l'autorité fonctionnelle du Comité Qualité

➤ Elle propose au Comité Qualité un programme annuel d'appui méthodologique (audits, propositions de mesures correctrices, outils de mise en œuvre) aux différents groupes projets.

➤ Elle assure une veille de toute évolution nationale (voire internationale) relative à la démarche qualité.

➤ Elle coordonne le développement de la gestion documentaire.

B) La mise en place d'une démarche de gestion des risques

La gestion des risques est une démarche volontaire qui repose sur la prévention des incidents, notamment ceux qui peuvent causer des dommages aux patients, quelle qu'en soit l'origine : risques liés à l'activité médicale ou soignante, risques liés à des défaillances techniques, ou une mauvaise organisation du service.

Au delà de la réduction du nombre d'incidents, la gestion des risques vise à apporter une réponse globale aux préoccupations de sécurité dans la prise en charge des patients à

l'hôpital en complémentarité avec les différentes structures de vigilance et d'évaluation de la qualité qui existent déjà au CHIC.

La cellule de gestion des risques

La cellule de gestion des risques (1 médecin, 1 infirmière, 1 ingénieur, 1 directeur et 1 personne responsable de la GDR) est placée sous l'autorité fonctionnelle du Comité Qualité (*annexe 2 – Organisation de la gestion des risques au CHIC*). Elle se réunit chaque mois depuis 1998 et cote les signalements en fonction du risque et de la gravité déclarés. Des solutions correctives sont proposées. Dans tous les cas, une réponse est adressée au déclarant afin de l'informer des suites données. Les signalements ont permis de rédiger de nombreux protocoles qui servent de « conduite à tenir » au personnel.

Chaque année, un bilan est validé par le Comité Qualité puis présenté aux agents des services afin de leur rappeler la démarche, ses buts, et les bénéfices que les patients et le personnel peuvent tirer de ces déclarations : amélioration de la qualité des soins, de l'accueil des patients (analyse des questionnaires de sortie dans le cadre de la démarche satisfaction), des conditions de travail, etc.

C) Le Conseil d'Evaluation, une instance de promotion de l'évaluation

Créé en 1995, le Conseil d'Evaluation fonctionne sur la base du volontariat (médecins, direction, DSSI) et se réunit sur convocation de son Président (périodicité bimensuelle). Il a pour mission principale le développement d'une culture et d'une méthodologie d'évaluation pour l'ensemble des secteurs de l'hôpital (médicaux, soignants et administratifs).

- En cohérence avec l'ensemble de la démarche qualité, définie par le Comité Qualité, il suggère des thèmes d'évaluation aux différents professionnels et les aide à les réaliser, notamment au niveau de la définition des critères.
- Il agit comme facilitateur des études de la qualité des soins (en cohérence avec le projet de soins qui lui-même doit comporter des indicateurs d'évaluation de ses fiches projets) et coordonne les études en épidémiologie hospitalière dans ce domaine.
- Il apporte une aide méthodologique auprès de tout professionnel désireux présenter un projet d'évaluation.
- Il organise les journées d'évaluation annuelles de la qualité au CHIC.

➤ Il établit un rapport annuel sur les actions réalisées et les résultats obtenus en matière d'évolution de la qualité qui, après validation par le Comité Qualité, est présenté aux différentes instances de l'établissement.

Les très nombreuses initiatives prises dans le cadre du Conseil d'Evaluation ont favorisé le développement chez le personnel de l'établissement de la préoccupation de la qualité.

D) Des exemples de démarche « qualité » dans les services

Suite à la rénovation de la cuisine en 1999, la méthode HACCP (Hasard Analysis Critical and Control Point) a été progressivement mise en œuvre jusqu'en 2001. Elle est aujourd'hui poursuivie dans le cadre des travaux du CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) créé en 2002. Le GBEA (Guide de Bonne Exécution des Analyses) a été mis en place dans les laboratoires, et la stérilisation a fait l'objet d'une certification ISO 9002.

1.1.3 L'inscription de l'accréditation dans la démarche « qualité » préalablement initiée par le CHIC

Le projet d'établissement 2000-2004 évoque la préparation de l'accréditation ; il propose de façon non structurée des objectifs dans le domaine des vigilances, de la gestion des risques, et de l'amélioration de l'accueil du patient.

Fin 1999, le CHIC établit un lien étroit entre la préparation à l'accréditation et la politique d'amélioration de la qualité. Il confie à un comité de pilotage (composé du directeur, du président de la CME, de la directrice du service de soins infirmiers, du Chef de service des urgences, du directeur de la stratégie, de la coordinatrice du service social et d'un cadre supérieur de santé) la mise en œuvre de la démarche d'auto-évaluation et du plan d'amélioration qui doit en découler. Ce dispositif s'appuie sur les équipes d'auto-évaluation (une par référentielle) avec la volonté d'assurer la présence d'un médecin, d'un cadre de santé, d'un cadre administratif, d'une infirmière diplômée d'Etat (IDE) ou équivalent, d'une aide-soignante ou équivalent, d'un agent des services hospitaliers (ASH) ou équivalent, mais aussi sur des groupes-projet divers, constitués pour certains d'entre eux pour faire face à des difficultés constatées antérieurement.

L'auto-évaluation est validée en 2002 sans subir beaucoup de modifications et le travail des équipes d'auto-évaluation débouche également sur l'élaboration d'un plan d'actions

intitulé « plan quinquennal d'amélioration de la qualité » listant un grand nombre de projets à court et moyen terme (315 actions à réaliser entre 2002 et 2006), chaque action étant assortie d'une échéance et d'un responsable.

Les experts de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES) sont venus au CHIC du 2 au 6 décembre 2002 et ont rendu leur rapport à la fin janvier 2003. Le rapport était plutôt favorable et la qualité de l'auto-évaluation donnant lieu à un diagnostic a été soulignée par les experts. Cependant, l'insuffisance du travail de synthèse et de priorisation des actions d'amélioration lors de l'auto-évaluation a également été déplorée. Sur le référentiel Gestion des fonctions logistiques, les experts ont indiqué que *« l'établissement s'était engagé dans la structuration de ses fonctions logistiques et l'amélioration de leur qualité et de leur sécurité. Les efforts à réaliser concernent principalement le circuit des déchets, la formation des personnels (notamment en matière de dispensation des repas, d'hygiène en nettoyage et traitement des déchets et de sécurité incendie), la formalisation des procédures (particulièrement pour les approvisionnements en urgence et la fonction linge) et enfin l'évaluation des prestations en relation avec les services utilisateurs »*.

Le CHIC a adressé ses observations dans le courant du mois de février et le Collège de l'accréditation de l'ANAES a établi son rapport final en juin 2003. Il a considéré que l'établissement avait satisfait à la procédure d'accréditation, mais a formulé les recommandations suivantes :

- formaliser et prioriser dans le projet d'établissement la politique de l'institution en matière de droit des patients, d'organisation de leur prise en charge, de gestion de la qualité et de prévention des risques.
- faciliter l'accès aux locaux en particulier pour les personnes à mobilité réduite.
- garantir la confidentialité des informations relatives au patient.
- assurer de façon systématique la traçabilité des informations relatives au patient, en particulier de celles concernant le consentement éclairé et la réflexion bénéfique risque.
- formaliser la procédure d'appel en cas d'urgences vitales internes.
- assurer l'hygiène des locaux de reconstitution des cytostatiques et de stockage en pharmacie.
- renforcer la continuité de la prise en charge du patient en mettant en place et en évaluant des procédures de coordination interne et externe.
- définir, mettre en œuvre et évaluer une politique de ressources humaines intégrant une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'évaluation périodique du personnel et un plan de formation des personnels médicaux.
- généraliser et évaluer les formations incendie dispensées aux personnels.

- s'assurer du respect des filières d'élimination des déchets.
- généraliser à l'ensemble des professionnels les formations relatives aux vigilances, à la prévention des infections nosocomiales et à l'hygiène hospitalière.

L'inscription de l'accréditation dans la démarche qualité du CHIC perdure encore aujourd'hui car le Comité Qualité a souhaité que, sous son autorité, les groupes de travail qui ont participé à l'auto-évaluation (recomposés et assistés de la cellule qualité) assurent également dans les années qui nous séparent de la prochaine visite des experts – visiteurs de l'ANAES le suivi des actions programmées après validation des priorités. Un bilan annuel fondé sur la rédaction de fiches projet est proposé par la cellule qualité au Comité Qualité.

1.2 L'importance d'une gestion documentaire efficace

La preuve est la base de l'assurance de la qualité, elle entraîne donc un certain formalisme documentaire. Ainsi, les versions périmées doivent être retirées de la classification et chacune des pages doit pouvoir être reliée au document-source à travers un codage.

Lors d'une formation réunissant l'ensemble de l'encadrement de la DSEL⁵, il a été convenu de réfléchir à la mise en place d'un système de gestion documentaire commun à tout l'établissement. Un groupe de travail pluridisciplinaire, dont les conclusions figurent dans le manuel Qualité (MAQ) du CHIC, a proposé un système qui a été validé par le Comité Qualité et est applicable depuis le 3 juin 2003.

Bien au-delà d'une méthode d'archivage et de classement, le développement de la gestion documentaire doit servir de fondement à la promotion d'un management par la qualité dans l'ensemble de l'établissement. La méthode d'amélioration de la rédaction, validation, recherche par mot clef et suivi des procédures, protocoles ou modes opératoires et enregistrements dans chaque service constitue un moyen privilégié de faire progresser la démarche qualité.

⁵ Formation - action : « Elaboration d'un plan Qualité pour la DSEL » avec le consultant Bernard AMPE, mars 2003

L'organisation de la gestion documentaire de l'établissement répond aux caractéristiques suivantes :

1) Une structure documentaire et des définitions communes

Les définitions communes à utiliser par toute personne chargée de l'élaboration d'un document qualité sont issues de la norme NF en ISO 9000 version 2000 (Manuel Qualité, processus, procédure, protocole ou mode opératoire, enregistrement). Il convient de noter que l'instruction n'est pas citée car elle n'est pas utilisée au CHIC (*annexe 3 – Structure du système documentaire*).

2) Des documents maîtrisés

Maîtriser un document, c'est s'assurer que ce document est conforme, tenu à jour et se trouve au bon endroit, au bon moment, pour chaque personne concernée.

Les documents doivent être créés, identifiés, mis à jour et diffusés selon une procédure définie et par des personnes habilitées clairement désignées (*annexe 4 – Elaboration de la procédure des procédures*).

Chaque document relatif à la qualité répond à des règles précises concernant :

- la codification qui est fondée sur une architecture que tout le monde connaît, l'annuaire téléphonique. Chaque document du système qualité possède un code à treize caractères.

- la rédaction qui doit être simple, claire, explicite mais courte. En effet, un document bien conçu et correctement rédigé doit permettre à tout opérateur qui le suit strictement d'atteindre constamment le résultat attendu par celui qui a rédigé le texte. Pour obtenir ce résultat, il est essentiel d'impliquer à sa rédaction les acteurs concernés par l'application du document. La présentation sous forme de logigramme est recommandée pour faciliter l'utilisation des documents et renforcer leur caractère opérationnel.

- la présentation qui est standardisée. Elle comporte dans différents cartouches l'identification de l'établissement, du document et des responsables respectifs de la rédaction, de la validation et de l'approbation.

- la validation qui doit être effectuée par un expert et l'approbation qui relève de la cellule Qualité.

- la diffusion qui est contrôlée. Après validation et approbation, les documents sont mis à disposition de l'ensemble des personnels sur le site intranet, par la cellule Qualité, à qui ils doivent parvenir sous forme numérique. Il appartient ensuite au responsable de l'élaboration d'un document qualité de prévenir toute personne concernée par le sujet traité dans ce document.

- l'archivage, la modification et le retrait des documents qui assurent que les documents figurant sur l'intranet sont régulièrement mis à jour.

Pour autant, il ne suffit pas qu'une procédure de gestion documentaire existe pour qu'elle soit utilisée. C'est pourquoi, plusieurs informations générales au personnel ont été organisées en avril 2003 et des formations sont régulièrement animées par la qualitiennne de l'établissement pour aider les rédacteurs à utiliser le système de gestion documentaire. Des masques vierges sont d'ailleurs mis à la disposition du personnel qui est encouragé à les utiliser pour rédiger ses propres documents. A ce jour, plus de 150 documents figurent sur l'intranet et l'amélioration continue de la gestion documentaire en ce qui concerne son support informatique facilite une adhésion plus large des services.

Il est important de souligner le fait que l'expert BVQI qui est venu auditer la fonction restauration - nutrition en avril 2004 a trouvé le système de gestion documentaire en vigueur pertinent et performant.

1.3 La norme ISO 9001 version 2000 : une autre vision du management de la qualité

1.3.1 Les normes ISO 9000

Une norme est un accord documenté qui contient des spécifications précises destinées à une application répétitive et utilisées systématiquement comme des règles, des lignes

directrices ou des définitions de caractéristiques, pour assurer que des matériaux, produits, processus et services sont aptes à leur emploi.

La plupart des normes sont spécifiques et concernent un produit, un matériel ou un processus précis. La série de normes ISO 9000 est dite générique de « système de management ». Elle traite de la manière de travailler et non du résultat du travail. Elle fournit à l'organisation un modèle pour mettre en place et gérer le système de management. ISO 9000 traite principalement du « management de la qualité » et englobe les trois modèles de management de la qualité par rapport auxquels les organisations peuvent être certifiées (ISO 9001, 9002, 9003). ISO 9001 établit les exigences relatives à une organisation dont les activités vont de la conception et du développement à la production, à l'installation et aux prestations associées.

La révision des normes ISO 9000 en 2000 marque une nouvelle avancée dans l'histoire de la qualité. Ce qui était défini comme un modèle pour l'assurance de la qualité s'est mué en un système de management de la qualité. Cette évolution est fondamentale car la qualité y devient un véritable outil de management⁶. Or, l'évolution du contenu de la norme donne un sens plus fort à ce changement de titre.

1.3.2 « Redonner la souveraineté à la direction »

La définition de « système de management » montre cette orientation : système permettant d'établir une politique et des objectifs et d'atteindre ces objectifs (ISO 9000 3.2.2). A un certain dogmatisme de la Qualité, la norme substitue l'approche managériale qui vise à mettre en ligne les objectifs et les moyens de les réaliser.

De même, un signe clair du rapprochement de la norme vers les directions d'entreprises est visible dans le chapitre 5 de la norme – Responsabilité de la direction. Il n'est plus question ici de demander à la direction de s'assurer que son système de management de la qualité satisfasse aux exigences de la norme. Le représentant de la direction n'est plus considéré comme le garant de la conformité à la norme, mais comme le garant de l'existence des processus, lesquels sont les instruments de management.

⁶ Cinquième et dernier niveau de la grille de maturité de CROSBY qui définit les niveaux de prise de conscience des nécessités de la qualité. La qualité devient un outil de management.

La réorientation de la norme ne se limite pas à cette vision managériale de la qualité car le contenu de la norme met nettement en évidence qu'il s'agit de manager l'amélioration de la qualité, ces deux termes étant considérés comme indissociables. L'amélioration elle-même ne se conçoit que sous la forme d'amélioration continue.

Et puisque le système de management de la qualité vise la réalisation des objectifs de l'entreprise et la satisfaction du client, c'est finalement de performances de l'entreprise dont il s'agit.

La structure même de la norme avait besoin d'être conçue à nouveau pour répondre à sa finalité : manager l'amélioration continue des performances de l'entreprise. La norme propose ainsi une vision dynamique des activités de management en quatre chapitres (5 – Responsabilité de la direction – 6 – Management des Ressources – 7 – Réalisation du Produit, 8 – Mesure, analyse et amélioration), ce qui permet à la direction de se centrer sur le management du PDCA⁷ (cycle d'amélioration continue qui comprend quatre étapes : *Plan* – planifier, *Do* – réaliser, *Check* – mesurer, *Act* – agir pour améliorer).

Or, le déploiement des objectifs se réalise par la mise en perspective des processus du management de la qualité qui implique une planification relevant de la stratégie de la direction. Les objectifs de l'entreprise induisent les processus qui sont par vocation les vecteurs de leur réalisation. Les processus du système ne se réduisent pas aux processus imposés naturellement par les activités de production des produits et services. Selon la politique et les objectifs, certains processus devront être déterminés en relation avec les objectifs à réaliser. Les processus nécessaires au système ayant été déterminés, le déploiement des objectifs peut se réaliser. Le déploiement des objectifs relatifs aux produits fait apparaître la notion de planification des processus de réalisation et celle de plan Qualité. Il s'agit de l'organisation des activités de production. Les autres activités du système devront être planifiées de même, notamment, celles relatives aux mesures, analyse et amélioration. Si la distinction entre la planification stratégique (déploiement des objectifs) et la planification courante ou « ordinaire » (organisation des activités de production, de mesure, analyse et amélioration) n'est pas explicitement indiquée dans la norme, elle est néanmoins nécessaire pour cibler le rôle de la direction dans le cadre du PDCA du système de management au niveau de la phase *Plan*.

⁷ W.E DEMING, 1951

1.3.3 « L'approche processus » remplace « l'approche procédure » pour atteindre les résultats attendus

Le sens souvent hermétique des concepts de l'assurance qualité a maintenant laissé la place à des concepts formulés dans une langue compréhensible par tous. Le remplacement du terme « sous-contractant » par le terme courant « fournisseur » en est l'une des plus éloquents illustrations. Les règles du système qualité étaient imposées par des experts qualité, le système de management de la qualité se conçoit quant à lui à partir d'une double finalité accessible à chacun : la réalisation des objectifs de l'entreprise et la satisfaction du client.

L'approche processus donne en quelque sorte au système de management de la qualité les moyens de ses ambitions : être efficace dans l'atteinte des objectifs de l'entreprise et dans la satisfaction du client. Cette approche apporte la dynamique nécessaire à la réalisation des objectifs et des projets de l'entreprise, elle est en totale rupture avec l'approche linéaire de la procédure. *« La vision procédure est fondée sur la croyance qu'il suffit de décrire le chemin à suivre pour atteindre un résultat. Dans la vision processus, ce qui est important c'est d'identifier le but à atteindre, d'avoir une boussole (l'indicateur de performance) et des moyens efficaces (compétences et moyens matériels) »*⁸. En résumé, l'approche par les processus correspond à un système centré sur les objectifs à atteindre ; l'approche par les procédures correspond à une situation où c'est la conformité à un référentiel d'action qui est prioritaire.

Deux évolutions sont donc indissociables dans la nouvelle norme : « l'approche processus » et la « réorientation résultats ». Objectifs, moyens et indicateurs de performance sont les éléments déterminants des processus.

1.3.4 De l'analyse de conformité à l'écoute client

Dans la version 1994 de la norme ISO 9000, il s'agissait de donner confiance dans la conformité du produit. Dans ce type d'approche, les considérations internes sont prioritaires. Par ailleurs, la notion de service y était notoirement sous-développée.

⁸ MITONNEAU H., *ISO 9000 version 2000 – Pour une pratique renouvelée du management de la qualité*, Edition Dunod, 2004, p 16.

La version 2000 de la norme place la notion de service au premier plan. Il est nécessaire pour les unités de production d'établir une interface valable avec le client pour connaître son niveau de satisfaction de ses exigences.

La satisfaction du client provient non pas de la conformité du produit manufacturé mais d'un certain nombre de prestations périphériques : respect du délai, information sur le traitement de la commande, documentation du produit, etc. Il existe fréquemment une difficulté dans l'approche manufacturière de la qualité à considérer les exigences du client relatives à ces types de prestations et donc à comprendre qu'elles sont la source principale de satisfaction du client.

1.4 Une certification en deux temps des services économiques et logistiques

1.4.1 Démarche d'emblée étendue ou développement progressif

Comme le précise l'ANAES⁹, *“le contexte spécifique à l'établissement de santé conduit à adopter un rythme de développement fondé :*

- soit sur une démarche étendue d'emblée ;
- soit sur un développement par étape reposant sur l'extension progressive d'expériences pilotes et/ou sur l'intégration des expériences existantes.”

Les avantages et inconvénients de chacune des démarches sont les suivants :

	Avantages potentiels	Inconvénients potentiels
Démarche d'emblée étendue	<ul style="list-style-type: none"> - Signe d'un engagement fort du management - Développement rapide sur l'ensemble de l'établissement - Permet une évolution culturelle rapide et globale - Permet une cohérence entre les actions conduites 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mise en oeuvre dans des organisations de grande taille - Difficultés à mettre en oeuvre les principes de la qualité sur chaque action - En cas d'échec, l'ensemble

⁹ ANAES, *Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002

		de la démarche est menacée
Développement progressif	<ul style="list-style-type: none"> - Concentration des efforts sur quelques actions aux chances élevées de succès - Permet à chaque secteur de progresser à son propre rythme - Permet de communiquer rapidement sur les résultats - Développement progressif des compétences sur la démarche qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Etalement dans le temps de la mise en oeuvre - Risque d'une perte de motivation du personnel, les actions n'ayant pas une importance stratégique - Risque de perception d'un manque de cohérence et d'un engagement moindre du management - Risque de ne pas aborder l'essentiel initialement

Le contexte du CHIC a conduit la direction à adopter une démarche mixte. En effet, on ne peut pas dire que la démarche soit d'emblée étendue puisqu'il a été décidé de concentrer les efforts sur les services économiques et logistiques avant de généraliser la démarche à d'autres services de l'établissement. Pour autant, et contrairement à la certification ISO 9002 de la stérilisation, cette démarche ne concerne pas qu'un seul service.

Sur les conseils d'un consultant¹⁰ qui est venu deux jours au CHIC pour sensibiliser l'encadrement des services économiques et logistiques à la démarche qualité, il a été convenu d'opérer en deux temps :

- dans les douze mois, l'objectif était de certifier les services restauration et diététique ;
- dans les vingt quatre mois, l'ensemble de la DSEL doit obtenir le certificat.

Plusieurs raisons éclairent ce choix. D'une part, le responsable de la restauration avait déjà mené un tel projet dans une entreprise de restauration privée. D'autre part, la responsable de la diététique s'intéresse depuis quelques années à la démarche qualité et est donc très sensibilisée aux exigences des normes ISO 9000.

La démarche commune s'explique par le fait que les services restauration et diététique oeuvrent ensemble au quotidien et qu'il est donc tout à fait logique de travailler sur un processus commun pour pouvoir disposer d'une prestation de qualité. L'idée est également de proposer une prestation différenciée, en fonction des patients et de leurs

¹⁰ Formation - action : « Elaboration d'un plan Qualité pour la DSEL », op. cit.

besoins. Les repas n'ont plus pour seul raison d'être que d'alimenter les patients mais font partie intégrante des soins. D'ailleurs, le corps médical s'implique activement dans la démarche dans le cadre des travaux du CLAN, comité qui est présidé par un gastro-entérologue. Le fil conducteur de la certification des services restauration et diététique est donc de faire de l'alimentation un soin.

La seconde vague de services à certifier doit pouvoir bénéficier de l'expérience de la restauration et de la diététique pour éviter certains écueils et éclairer certaines exigences de la norme. Les services nouvellement certifiés proposent naturellement leur concours pour la réussite de l'ensemble. Il ne faut pas oublier que la défaillance d'un seul service rejallirait sur toute la direction qui perdrait ainsi son certificat.

L'adoption d'une stratégie en deux temps contraint les premiers services certifiés à certains ajustements en fonction de l'évolution du périmètre. Ainsi, s'il était nécessaire de passer un contrat avec les Services Economiques sur le thème de l'achat-approvisionnement, le mode de relation se modifie avec l'élargissement du périmètre. Les Services Economiques cessent d'être un processus support dans le nouveau périmètre et une gestion fine des interfaces se substitue à la contractualisation interne.

1.4.2 Vérifier le respect des quatre dimensions définies par Shortell

Pour développer une démarche qualité de manière efficace, cohérente et pérenne, il est indispensable que la stratégie envisagée prenne en compte les quatre dimensions définies par Shortell :

- la décision de lancer la démarche de certification de la DSEL a été portée à la connaissance de tous par l'intermédiaire du Comité Qualité du CHIC. Il a été largement communiqué sur la stratégie de déploiement d'un système d'amélioration continue de la qualité.
- des techniques pertinentes sont adoptées pour répondre aux exigences de la norme ISO. Ainsi, une approche pluridisciplinaire de l'approche processus a été organisée pour bénéficier réciproquement des savoir faire et des expériences de chacun des services (ex : formation commune des pilotes de processus). Cette approche induit une certaine transversalité pour prendre en compte de manière plus pertinente les besoins des clients en les traitant de l'amont jusqu'à l'aval, y compris si plusieurs services sont partie

prenante à la démarche. Enfin, l'approche processus implique une évaluation efficace de différentes actions engagées pour vérifier leur efficacité (ex : enquête de satisfaction).

- un certain nombre de structures sont créées, parfois de manière temporaire, pour veiller à la mise en place de la démarche qualité puis à son déploiement. Un comité de pilotage comprenant tous les pilotes de processus a ainsi été créé pour mettre en place le système qualité ; des revues de processus ou de service et des revues de direction sont réunies de manière régulière conformément aux exigences de la norme ISO 9001 version 2000 pour piloter et évaluer le système d'amélioration continue de la qualité.

- Une information régulière est donnée en réunion de direction, dans les instances et dans le journal interne pour informer et former à cette démarche et faire évoluer la culture de l'établissement. Au delà de l'obtention du certificat, il est essentiellement communiqué sur l'amélioration continue de la qualité et la nécessité d'être à l'écoute des clients pour répondre le mieux possible à leurs besoins implicites et explicites.

2 UNE APPROCHE PROCESSUS CENTREE SUR LES RESULTATS A OBTENIR ET L'ORGANISATION DES MOYENS POUR Y PARVENIR

2.1 Définition et utilité de l'approche processus

Le terme processus est aujourd'hui fréquemment employé. Il n'en est pour autant pas explicite et il est parfois difficile de distinguer quelle réalité se cache derrière ce nouveau langage. Pour le dictionnaire Hachette, par exemple, il s'agit d'un "*développement temporel de phénomènes marquant chacun une étape*". La version 2000 de la norme de vocabulaire ISO 9000 donne quant à elle la définition suivante : "*Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie*". Quelle que soit la définition utilisée, cette approche ne commence à faire sens qu'à partir du moment où elle est confrontée à la réalité du service. Ainsi, si on prend l'exemple du processus "management de la qualité" de la démarche de certification des services économiques et logistiques de Créteil, on relève :

- des données d'entrée que sont les audits effectués en n-1, les revues de direction tenues en n-1, les exigences de l'ensemble des clients de la DSEL, l'analyse des questionnaires de sortie des patients, etc.

- des données de sortie que sont la satisfaction de l'ensemble des clients de la DSEL, les audits, le Plan d'Actions d'Amélioration Continue, la politique Qualité de la DSEL.

Or, différentes actions du processus management de la qualité ont concouru à transformer les éléments d'entrée en éléments de sortie, à savoir définir la politique Qualité, communiquer et animer, piloter et agir (*annexe 5 – Description par étapes du processus management de la qualité*).

Le tableau en annexe 5 entre dans le détail de ces activités pour préciser quels en sont les acteurs directs et indirects, comment ils parviennent à remplir leur mission et avec quels moyens matériels et/ou humains. Il identifie également les zones de risque inhérentes à ces actions sur lesquelles il convient d'être tout particulièrement attentif. Enfin, il présente un certain nombre d'indicateurs pour évaluer l'efficacité des actions entreprises.

Le processus est donc un phénomène global qui permet d'analyser avec précision tout un ensemble d'activités ordonnées en fonction d'un résultat à obtenir. Chaque entreprise, chaque service, chaque pilote de processus est libre de définir comme il lui convient son ou ses processus. Bien entendu, certains processus qui décrivent les activités de production sont indispensables et aisés à identifier ; d'autres plus transversaux et éventuellement temporaires sont étroitement liés à la stratégie que souhaite suivre la direction.

2.1.1 L'approche processus permet d'éviter "l'isocratie"

"Il faut mettre l'ISO 9000 au service de l'entreprise et non l'entreprise au service de l'ISO 9000. Voilà ce qui différencie une approche pro-active de l'approche réactive que l'on rencontre encore trop souvent"¹¹. Ce n'est qu'en maîtrisant la norme qu'on éloigne le spectre de "l'isocratie" qui demeure un reproche souvent adressé à la démarche de certification. En effet, la précédente version de la norme avait tendance à encourager les services à décrire leurs différentes activités de manière exhaustive. Or, s'ils s'exécutaient, les professionnels avaient parfois l'impression de perdre leur temps à réécrire des procédures, des modes opératoires, des protocoles qui existaient souvent sous une autre forme ou qui ne l'étaient pas car ils faisaient partie des pré-supposés indispensables pour exercer telle ou telle activité. En outre, cette rédaction de documents étant déconnectée d'un but à atteindre, elle ne pouvait pas faire sens pour les acteurs concernés.

¹¹ SUSSLAND W., *Le manager, la qualité et les normes ISO*, Presses Polytechniques et universitaires romandes, 2003, p 206

L'argument de la "production de papiers" a été soulevé par de nombreux cadres logistiques de Créteil. Il leur a été expliqué que la version 2000 de la norme n'exigeait de décrire telle ou telle activité que si elle était associée à un risque. Il est nécessaire d'écrire que ce qui est utile, c'est à dire ce qui revêt une importance stratégique pour le bon fonctionnement du service et ce qui est source de risque potentiel. De plus, cette écriture n'est pas particulièrement difficile à réaliser puisque les professionnels ne rédigent que ce qu'ils font tous les jours. Avant d'écrire quoi que ce soit, l'approche processus implique une analyse stratégique des activités des services et un certain recul pour pouvoir déterminer ce qui est essentiel pour le client et ce qui mérite donc d'être soigneusement décrit.

Une autre critique formulée par certains cadres logistiques de Créteil a été de dire que la méthode ISO n'allait tout de même pas leur apprendre leur métier. Norbert ALTER associe les politiques de certification à des inventions dogmatiques¹² : *"Elles consistent, du point de vue des opérateurs, à leur apprendre "leur métier", parce qu'elles supposent de redéfinir, de manière spécifique et programmée, les gestes et les relations de travail. (...) Les actes des opérateurs sont inscrits dans des procédures dites rationnelles, lesquelles excluent donc le capital professionnel accumulé au cours des années antérieures. Les procédures expriment le fait que les opérateurs doivent "enfin" apprendre à travailler efficacement"*. Ces propos ont des répercussions "sur le terrain" dans le sens où les professionnels ont effectivement l'impression que l'on remet en cause leurs pratiques parce qu'ils travailleraient mal. Se manifeste ainsi l'inquiétude d'un éventuel retour à une forme de taylorisme. La formalisation à l'extrême pourrait nuire à la prise d'initiative du personnel et engendrer un retour aux tâches parcellaires. La profusion de documents et procédures risquerait d'entraîner une organisation figée selon un mode bureaucratique.

Comme l'évolution générale pour le personnel technique hospitalier est d'aller vers une perte d'autonomie dans le travail¹³, les agents de la DSEL craignent parfois que la démarche de certification n'accentue cette tendance. Cependant, l'autonomie dans le travail n'est pas à elle seule synonyme d'efficacité et de qualité. Ainsi, selon MINTZBERG, *"l'autonomie permet non seulement à certains professionnels d'ignorer les besoins de leurs clients, elle encourage aussi beaucoup d'entre eux à ignorer les besoins de l'organisation"*¹⁴. Ce même auteur insiste aussi sur le fait que *"les Bureaucraties*

¹² ALTER N., *L'innovation ordinaire*, Presses Universitaires de France, 2003, p 115.

¹³ SAINSAULIEU Y., *Le malaise des soignants – Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan, 2003, p 78.

¹⁴ MINTZBERG, *Structures et dynamique des organisations*, 1982, p 331 et 332.

Professionnelles¹⁵ et les associations professionnelles qui contrôlent leurs procédures ont tendance à être des organismes conservateurs qui hésitent à changer leurs méthodes éprouvées". S'il n'est pas question de faire un procès d'intention aux professionnels sur les raisons sous-jacentes à une certaine résistance au changement, il convient néanmoins de considérer avec prudence l'argumentaire sur la perte d'autonomie dans le travail. L'essentiel est de toujours associer autonomie et responsabilité pour que la liberté laissée aux agents serve les intérêts de l'organisation.

La direction du CHIC communique bien souvent sur le thème de la certification en expliquant que cette politique ne vise pas à condamner des pratiques professionnelles mais conduit à les améliorer. Même si les services sont efficaces, il y a toujours possibilité de s'améliorer en mettant tous les acteurs face à leurs responsabilités, y compris la direction. Sur le fond, il n'est absolument pas question d'intégrer toutes les pratiques professionnelles dans des procédures. Comme il l'a été expliqué ci-avant, il s'agit de formaliser les tâches à risques et les interfaces afin que les responsabilités soient clairement établies. Il reste donc une véritable marge de manoeuvre aux agents pour faire vivre leur savoir faire acquis par l'expérience et continuer à l'enrichir en dehors de tout formalisme particulier.

Une autre tentation fréquente consiste à soigneusement archiver ces documents une fois rédigés et à reprendre son mode de fonctionnement antérieur. Le danger de ce type de démarche est de disposer de tout un corpus de règles qui ne sont pas appliquées. Le système qualité existe sur le papier, tout en étant bel et bien inexistant. Mme BOUGUERRA explique ainsi avoir connu dans une cuisine industrielle un agent qui relevait le lundi la température des congélateurs pour toute la semaine¹⁶. Les procédures étaient toutes écrites, mais personne n'avait expliqué au personnel l'intérêt de ces contrôles vécus comme des tâches supplémentaires non corélées à une amélioration de la qualité du service.

Dans les services où la démarche est mieux expliquée, il arrive qu'elle soit vite abandonnée du fait de carences dans l'exploitation et le retour de l'information. Ainsi, s'il est utile que les professionnels rédigent une fiche de non conformité si la température

¹⁵ Si l'on en croit la taxinomie de Mintzberg, chaque organisation doit être classée dans l'une des sept types d'organisation qu'il a définis. L'hôpital serait plutôt une organisation professionnelle au même titre que les universités, même s'il reconnaît qu'il a aussi les caractéristiques d'une organisation mécaniste, et serait donc alors plus proche d'une bureaucratie professionnelle.

¹⁶ Entretien du 13.05.04 avec Mme Kalia BOUGUERRA, manager santé à la CEGOS, organisme de formation.

d'un congélateur est en dehors des bornes de sécurité que le service a préalablement déterminées¹⁷, il l'est tout autant de donner suite à cette alerte en prenant les mesures correctives nécessaires et en revenant vers l'agent qui a signalé cet incident. Dans le cas contraire, le contrôle perdra de son sens et sera vécu par le personnel comme une contrainte administrative.

Enfin, si la démarche de certification consiste pour la direction de l'entreprise à vouloir obtenir une sorte de label sans s'impliquer de quelque manière que ce soit dans la démarche, il y a fort à parier que celle-ci se réduira à une "isocratie" sans valeur ajoutée particulière. Si cette tentation de l'apparence a pu parfois être reprochée à la version 1994 de la norme ISO 9000, elle n'est plus possible aujourd'hui. En effet, l'auditeur ne vient pas simplement vérifier que les documents indispensables sont rédigés, mais s'intéresse surtout au fonctionnement du système qualité. S'il peut être pardonné certains "défauts de jeunesse" à un système d'amélioration continue qui se met en place, l'auditeur n'acceptera pas de donner un avis favorable à l'obtention du certificat si le système est gravé dans le marbre, mais sans existence réelle. Il sera, d'ailleurs, d'autant plus exigeant sur son fonctionnement et son implantation dans la vie de l'entreprise qu'il viendra pour le renouvellement annuel de ce certificat.

2.1.2 Le travail collectif comme aspect fédérateur de cette approche

*"Le changement réussi est le résultat d'un processus collectif (...). Dimension fondamentale de tout processus de changement : l'apprentissage collectif, c'est à dire la découverte, voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, bref, de nouvelles capacités collectives."*¹⁸

Un grand intérêt de la démarche de certification engagée au CHIC est de susciter une collaboration étroite entre les services. Le cloisonnement des services si souvent décrié à l'hôpital et qui est d'ailleurs bien souvent une réalité peut être en partie contrecarré par la démarche d'amélioration continue de la qualité. Selon Deming, il est nécessaire de

¹⁷ Le contrôle statistique des procédés (S.P.C.) développé par Walter Shewart du Bell Labs dans les années 1930 et amélioré par Deming permet de mettre en exergue une erreur aléatoire. Des bornes de variation peuvent être définies grâce à ces statistiques : toute sortie de ces limites appelle une mesure corrective.

¹⁸ M. CROZIER & E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Les Editions du Seuil, Paris, 1977, p 338 – 339.

“renverser les barrières entre les services. Le travail en équipe évite les problèmes qui peuvent apparaître au cours de l’élaboration et de l’utilisation des produits”¹⁹

Au CHIC, la volonté d’avoir un périmètre de certification large incluant l’ensemble des services économiques et logistiques impliquait d’adopter une méthodologie reposant sur la mutualisation. Ce n’est pas dans ce but que le directeur général et le directeur adjoint chargé de ses services ont pris la décision de certifier l’ensemble de la direction. Il y avait plutôt comme objectif d’adresser un signal fort à l’ensemble des autres services de l’établissement, notamment les services de soins. Or, cette stratégie fondée sur l’exemple s’est révélée riche de synergie et de collaboration. En effet, le fait de donner un objectif commun à de nombreux services en leur proposant une méthodologie commune pour y parvenir a engendré une sorte d’émulation et de prise de conscience collective que le chemin serait moins difficile à parcourir s’il y avait une entraide efficace entre les services. Par ailleurs, le fait de souligner que la volonté du directeur général était de se fonder sur la réussite de cette démarche pour l’élargir à l’ensemble de l’établissement ne pouvait que renforcer ce sentiment d’adhésion à un projet stratégique. Le fait d’être des précurseurs encourage les pilotes de processus à s’investir dans la certification pour leur service, mais aussi dans l’intérêt général de l’établissement.

2.2 Comment conduire le changement ?

2.2.1 Une méthode fondée sur l’implication de l’encadrement

A) La sensibilisation à la démarche qualité des pilotes et copilotes de processus

Pour lancer ses services dans la démarche de certification, le directeur adjoint chargé des services économiques et logistiques a décidé de s’appuyer sur l’encadrement. Les responsables ont été invités ainsi que certains de leurs adjoints. La présence des adjoints a été laissée à la libre appréciation des responsables. Les services restauration, diététique et le magasin général ont associé un de leurs adjoints à la réflexion. Pour les espaces verts, le responsable s’est fait représenté par son adjoint. Ces choix ne sont pas anodins car les pilotes de processus ne sont pas nécessairement les responsables des services et les copilotes peuvent jouer un rôle majeur dans la construction et l’application

¹⁹ Un des « 14 points » du programme volontariste de Deming (années 1980) à l’attention des membres du management de l’industrie américaine.

du système qualité. Je reviendrai plus tard sur la problématique de l'encadrement dans le cadre d'une réflexion sur les organisations²⁰ et sur la transversalité qu'engendre toute politique d'amélioration continue de la qualité.

Une première sensibilisation à la démarche qualité a eu lieu durant deux jours en mars 2003 avec le consultant Bernard AMPE. Cette formation - action a été très importante dans le sens où elle a donné l'occasion aux responsables d'exprimer leurs réserves à l'égard de la qualité et de la certification en présence de leur supérieur hiérarchique. A l'issue de ce séminaire, sans pour autant avoir tous été totalement convaincus par le bien-fondé de la démarche, les responsables ont exprimé la satisfaction d'avoir été écoutés et de mieux appréhender l'intérêt d'une certification de leur direction. De nombreuses entreprises qui s'engagent dans une démarche de certification ne s'impliquent souvent pas au point de faire travailler la direction avec l'encadrement intermédiaire. A Créteil, on est parti de l'idée que la réussite du projet nécessitait l'implication et la responsabilisation de tout l'encadrement, quelle que soit sa position dans la pyramide hiérarchique. Or, il est important que le directeur adjoint découvre avec ses collaborateurs les exigences de la norme et décide avec eux de la manière dont il va falloir y répondre. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que le directeur adjoint est également pilote de processus.

Durant toute l'année 2003, un comité de Pilotage regroupant tous les pilotes et copilotes de processus s'est régulièrement réuni pour travailler sur la définition de la politique qualité de la DSEL, sur la définition des clients internes et externes, sur la rédaction des fiches d'identité des processus, sur les interactions des processus et leur intégration dans une cartographie. Il est important de souligner qu'un référent qualité de la DSEL (RQDSEL) a été désigné par le directeur pour centraliser toute la documentation des services et piloter l'organisation du travail avec le directeur. Cette personne a suivi une formation pour être à même de maîtriser la norme et de pouvoir l'expliquer aux services. Il faut également préciser que la qualitiennne de l'établissement a été partie prenante de la démarche de certification dès le départ, à savoir le premier séminaire organisé en mars 2003. Sa présence est en partie due au fait que le responsable des services économiques et logistiques est aussi chargé de la Qualité pour l'ensemble de l'établissement. Elle est surtout liée à la nécessaire coordination de la politique qualité du CHIC avec la démarche suivie par la DSEL. La qualitiennne est en quelque sorte la garante de cette cohérence tout en étant une personne ressource disponible pour aider les services demandeurs.

²⁰ Selon CROZIER & FRIEDBERG, « *l'organisation comme phénomène sociologique est un construit culturel grâce auquel les hommes parviennent à orienter leurs comportements de façon à obtenir un minimum de coopération, tout en maintenant leur autonomie d'agents libres* »

Parallèlement et de manière accélérée par rapport aux autres services, la restauration et la diététique mettaient en place l'ensemble de leur système qualité et commençaient à le faire fonctionner.

B) Une pédagogie de l'action : la formation "Pilotage par les processus" par la CEGOS

Un second séminaire a été organisé en juin 2004 pour redynamiser la démarche de certification auprès des services non encore certifiés. Le choix a été fait d'attendre la certification des services restauration-diététique pour faire à nouveau travailler ensemble les pilotes et copilotes de processus. Il va sans dire que le succès remporté par les deux premiers services a suscité une certaine émulation auprès de leurs collègues. Un certain découragement devant la tâche à accomplir a d'autant plus facilement volé en éclat que d'autres services, il y a quelques mois à peine dans la même situation, sont sortis grands de l'épreuve. Durant ce second séminaire, les pilotes et copilotes de la fonction restauration-nutrition ont adopté un positionnement très constructif de personnes ressources disponibles pour aider ceux qui en avaient besoin. Cette attitude s'est avérée très utile car ils ont su faire partager leur expérience et défricher en commun l'essence de la norme pour lui donner un aspect moins rébarbatif.

La formation de trois jours (13 et 14 mai puis 11 juin 2004) intitulée "Pilotage des processus" et animée par la CEGOS a été préparée en amont avec le référent Qualité de la DSEL. En effet, la préparation de cette formation était primordiale afin d'adapter au mieux son contenu au système qualité en cours d'élaboration. L'état d'avancement de la réflexion des services sur les besoins de leurs clients et la description de leurs processus métiers a été présenté à l'animatrice pour qu'elle s'imprègne au mieux de son sujet. Ainsi, il a été demandé à tous les pilotes et copilotes de venir à la formation avec leur fiche d'identité de processus et leur processus métier afin qu'ils soient discutés en commun.

Le principe de base de cette formation négocié avec la CEGOS était d'adopter une méthode active et participative qui favorise l'assimilation. Ainsi, la formation s'est focalisée sur l'analyse systématique de cas concrets représentatifs de l'activité future des participants, tout en apportant par ailleurs des éclairages provenant d'autres secteurs d'activité. Chaque thème de la formation a suivi quatre étapes :

- un travail sur un cas concret afin de susciter une prise de conscience du besoin de formation grâce aux problèmes posés par la mise en situation et non entièrement résolus.

- un échange d'expériences en sous-groupes où les pilotes et copilotes ont travaillé sur des situations professionnelles qui concernent leurs collègues et ont ainsi appris à mieux comprendre leurs besoins et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur métier.
- un "recadrage" et un apport de complément des travaux des sous-groupes par l'animateur.

Cette méthode a l'avantage de mettre en situation les participants tout au long de la formation et de les maintenir constamment en action, de valoriser les acquis et l'expérience des participants et d'éviter tout développement théorique inutile. C'est l'essence de la norme et pas uniquement la forme qui doit être comprise afin de mettre en application un système d'amélioration continue de la qualité.

C) Mieux comprendre l'approche processus

Les objectifs des deux premiers jours étaient de :

- S'assurer de la compréhension des principaux concepts, définitions et principes de la norme ISO 9001 version 2000 ;
- S'engager dans le pilotage de processus.

Premier objectif :

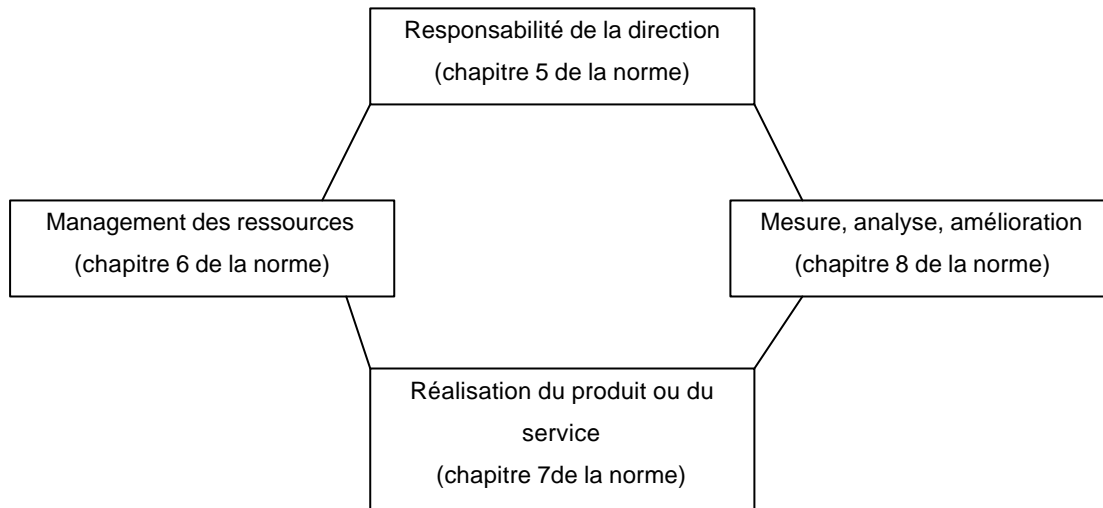
Sur le premier thème abordé, il a été constaté que les principales notions étaient mal maîtrisées et qu'il y avait certaines confusions entre les concepts. Ainsi, il est apparu utile de redéfinir en commun les principaux concepts et de déroger au manuel Qualité du CHIC qui prend comme définitions communes celles de la norme ISO 9000.

Les participants sont tombés d'accord sur les définitions suivantes :

- processus : ensemble d'activités coordonnées qui transforment des données d'entrée en données de sortie en utilisant des ressources ;
- procédure : description d'une activité ;
- mode opératoire : description d'une tâche ;
- protocole : même définition que le mode opératoire dans le domaine des soins ;
- enregistrement : preuve de la réalisation de l'action ;
- documents externes : réglementation en vigueur

Si elles sont sans doute moins rigoureuses que celles de la norme, ces définitions ont le grand mérite d'être comprises par tous.

De même, un rappel sur les principaux chapitres de la norme et leur articulation sont apparus nécessaires. Le schéma suivant a servi à illustrer le fonctionnement du cycle d'amélioration continue de la qualité :



Une attention particulière a été portée à l'approche processus. En amont du processus figurent les besoins de clients qui doivent être satisfaits en aval. Or, un travail fondamental consiste à identifier les processus. Il en existe plusieurs types :

- les processus de réalisation qui sont le coeur de métier des services (ex : la fonction linge ou le nettoyage des locaux communs),
- le processus de management qui définit la politique globale et les objectifs stratégiques,
- les processus supports qui peuvent être, par exemple, la gestion des ressources matérielles et humaines ou la gestion du système d'information.

Deuxième objectif :

➤ Pour apprendre à piloter efficacement un processus, il faut d'abord le définir dans le moindre détail en rédigeant une fiche d'identité de processus. Cela consiste essentiellement à déterminer les données d'entrée et de sortie du processus sachant qu'une réflexion préalable a consisté à repérer ses clients et la finalité du processus métier. L'objectif est d'étudier les process macros et de faire émerger les dysfonctionnements. Ce travail a été effectué en sous-groupes sur l'ensemble des processus de la DSEL (*annexe 6 : Fiche d'identité de processus de la fonction linge*). L'exemple suivant concernant la fonction linge permet d'identifier les principales difficultés de l'exercice.

Pilote : responsable de la blanchisserie

Acteurs : Les agents de la blanchisserie, les Services Economiques (achats), le service Maintenance et hygiène des locaux (transport du linge), le service collecte des déchets et désinfection (désinfection du linge contaminé)

Sur cet item, il est intéressant de constater qu'une impasse totale avait été faite sur les agents de la blanchisserie. Ce sont les principaux acteurs et pourtant ils ont été oubliés car leur participation apparaît évidente. En tous les cas, cet oubli est symptomatique d'une indispensable implication de l'ensemble du personnel dans le cycle d'amélioration continue. Si la méthodologie retenue privilégie la formation de l'encadrement, il va sans dire que ceux-ci doivent transmettre leur savoir au niveau de leurs équipes et les faire participer activement à la démarche. F. GONNET et S. LUCAS identifient la carence d'implication du personnel comme une des sources principales de résistance au changement : *“Le plus souvent, on ne parle de participation des acteurs qu'au moment de la mise en application des changements, c'est à dire lorsque la phase de réflexion et de conception est terminée, lorsque le projet est “bouclé”. Or, il est déjà trop tard pour faire participer les intéressés ; ils ne se sentent pas partie prenante, il ne s'agit pas de leur changement, même si ce qu'on leur demande de mettre en oeuvre est parfaitement pertinent dans le contexte précis”*²¹

Une autre remarque concerne les autres processus associés à la fonction linge. Ce travail a permis aux pilotes et copilotes de processus de prendre conscience des fortes interactions qui existaient entre leurs services, même si de nombreuses collaborations informelles²² étaient de longue date mises en place. Cela a permis également de mettre en exergue certains dysfonctionnements qui parasitaient ces collaborations.

Périmètre du processus : Expression du besoin de linge en matière textile pour le CHIC

Au départ, le pilote du processus avait intégré dans le périmètre les centres médico psychologiques qui dépendent du CHIC, ainsi que la crèche du personnel. Après mûre réflexion, il a été décidé de les exclure du périmètre. La norme autorise ce type d'exclusion à condition qu'elles soient expressément indiquées (voir 1.2 – Périmètre d'application).

²¹ GONNET F. & LUCAS S., *L'hôpital en question(s) – Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Editions Lamarre, 2003, p 242.

²² FRIEDBERG explique que la structure informelle d'une organisation peut être définie comme « l'ensemble des pratiques, interactions et relations non prévues officiellement, voire clandestines et occultes, qui forment ce qu'on pourrait appeler une seconde réalité parallèle à la structure formelle ».

Par ailleurs, le responsable de la blanchisserie incluait de prime abord la mise à disposition du linge dans les services de soins dans le périmètre de son processus métier. Or, si le transport et la mise à disposition du linge relèvent effectivement d'un des services de la DSEL et sont donc inclus dans le périmètre de certification, ils ne sont pas du ressort de la blanchisserie qui doit, pour respecter les délais qu'elle a négociés avec les services de soins, gérer cette interface avec le service transport.

Une question analogue a été discutée avec l'auditeur lors de sa visite de certification en restauration. Il a recommandé d'exclure la mise à disposition des repas du périmètre de certification. En effet, si le service restauration maîtrise la question de la mise à disposition des charriots de régithermie dans les services, il n'est pas responsable de la distribution des repas au chevet du patient. Bien entendu, une sensibilisation du personnel soignant²³ est indispensable pour éviter une diminution de la qualité de la prestation.

Données d'entrée : Réglementation, recommandations ANAES, politique hôtelière, besoins implicites et explicites des clients, prévisions journalières de production,...

Une discussion au sein du groupe a eu lieu sur la place de la réglementation et des recommandations de l'ANAES. D'aucuns estimaient qu'elles devaient figurer en processus amont de la fonction linge. En définitive, il y avait une certaine confusion entre données d'entrée et processus amont comme entre données de sortie et processus aval. Ces points méritaient d'être discutés avec l'animatrice. Finalement, il a été convenu que le processus amont était le processus management de la qualité qui impulsait la politique en matière de gestion du linge. On retrouve d'ailleurs le processus management de la qualité en amont de tous les processus de réalisation. Cette discussion était intéressante car elle a permis de clarifier les responsabilités et le rôle de chacun dans le fonctionnement du cycle d'amélioration continue de la qualité.

Processus amont : Politique de la direction

Données de sortie : Linge livré en quantité et en qualité satisfaisantes et dans les délais prescrits.

Processus aval : Transport du linge

²³ Il convient de noter que les soignants se sont massivement investis dans la démarche qualité par l'élaboration de protocoles de soins, la participation aux groupes d'auto - évaluation, la formation... et qu'ils sont très imprégnés de culture d'évaluation.

Clients directs : Cadres ou responsables de service, unités fonctionnelles

La notion de clients directs n'était pas non plus très claire pour tout le monde. Dans le cas de la fonction linge, le pilote du processus estimait que les patients étaient des clients directs. Or, s'ils sont des bénéficiaires évidents, ils ne sont pas identifiés comme des clients directs car ce sont les services de soins qui vont juger de la qualité de la prestation de la blanchisserie et pas les patients pour qui la propreté des draps, par exemple, est un besoin implicite.

Bénéficiaires : Les patients et le personnel de l'hôpital

Enjeux, finalités du processus : Hygiène, confort, qualité visuelle et sensorielle, respect des délais de livraison, prix de revient du traitement du linge.

Ressources :

- humaines : formation du personnel, conditions de travail, ergonomie ;
- matériels : achats de linge, produits lessiviels et chimiques, renouvellement des machines, maintenance, achat de pièces détachées, informatique.

Sur le chapitre des ressources, l'informatique avait été oubliée par le sous-groupe, alors que les équipements sont de plus en plus informatisés et que la question de l'informatisation devient chaque jour plus cruciale pour les établissements de santé dans tous les domaines de leur action. Une sensibilisation reste certainement à faire sur ce thème.

En matière de ressources humaines, le responsable de la blanchisserie a expliqué que la blanchisserie ne pouvait pas tourner correctement sans la présence en permanence de seize agents (sur vingt agents au total). C'est justement la moyenne de présence sur les trois premiers mois de l'année. Or, il reste ensuite à défalquer les congés annuels, les jours de réduction du temps de travail (RTT) et les périodes de formation. Il est donc indispensable de prendre en compte cette réalité pour définir les objectifs du service.

Il faut prendre garde à la question des ressources car *“la démarche qualité peut accentuer le sentiment de frustration notamment du fait du manque de moyens. (...) La qualité est d'ailleurs exigée malgré une diminution des moyens”*²⁴

²⁴ SAINSAULIEU Y., *Le malaise des soignants – Le travail sous pression à l'hôpital*, op. cit., p 85.

L'animatrice de la formation a insisté sur la responsabilité de la direction en matière de ressources. Les pilotes de processus ne sont responsables des objectifs qui ont été négociés avec le directeur adjoint qu'à partir du moment où ce dernier met en regard les moyens qui ont été déterminés en commun. Pour autant, l'inertie par manque de moyens n'est pas non plus acceptable et des objectifs moins ambitieux sont toujours réalisables à iso-fonctionnalité.

Contraintes (réglementaires, lois sociales, plan stratégique, budget) :

- Externe : Inspection du Travail, protection de l'environnement, protocoles sociaux, directives diverses...
- Interne : CLIN, contrats, Manuel qualité du CHIC, Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT), conditions de travail (bruit, chaleur,...).

Il est intéressant de constater que le volet conditions de travail et l'intervention du CHSCT avaient été négligés. Cela signifie que le rôle du CHSCT est méconnu de l'encadrement, et a fortiori encore davantage des équipes et qu'il convient de communiquer sur ses missions.

Risques liés au processus : Accidents du travail, pannes, contamination du linge, rupture d'approvisionnement de linge neuf, désorganisation.

Sur cet item de la fiche d'identité du processus, le sous-groupe n'a même pas évoqué les risques d'accidents du travail pour le personnel. Cela rejoint la remarque précédente sur la méconnaissance du rôle du CHSCT où siège la médecine du travail. Au delà, cela révèle peut-être également certaines carences de la Direction des Ressources Humaines (DRH) en matière de sensibilisation du personnel aux droits du personnel et à la vie de l'hôpital.

Lors de la séance de "debriefing", l'animatrice a mis le doigt sur un point important : le risque de désorganisation. En effet, si le système qualité est mal maîtrisé ou insuffisamment appliqué, si les interfaces ne sont pas prises en considération, il y a un risque important de non - qualité. Dans le pire des cas, il peut même y avoir une régression par rapport à la situation antérieure car les agents ont pu abandonner certaines pratiques de contournement qui, si elles méritaient d'être remises en cause, permettraient tout de même au système de fonctionner.

Intercations avec autres processus : autres processus de la DSEL

Documents associés : Réglementation, recommandations ANAES, MAQ, différentes normes européennes, etc.

Indicateurs de performance (3 à 4 maximums) : taux de livraison hebdomadaire, enquêtes de satisfaction (deux fois par an) ou commissions linge (quatre fois par an), suivi des appels téléphoniques, sortie et enlèvement des armoires de linge.

La question des indicateurs a soulevé quelques interrogations. Un indicateur est un outil de mesure et de décision qui sert à réagir. Or, une certaine confusion régnait entre la mesure du résultat et la mesure de l'efficacité. L'indicateur de résultat est associé à un objectif à atteindre (ex : le taux de livraison hebdomadaire si un objectif cible est préalablement défini), tandis que l'indicateur de performance ou d'efficacité se situe dans un endroit à risque et permet d'agir et de réagir avant d'obtenir un mauvais résultat (ex : le suivi des appels téléphoniques peut être considéré comme un indicateur d'efficacité, d'autant plus que la blanchisserie avait mauvaise presse auprès des services de soins il y a encore quelques années et qu'il est donc important de bénéficier d'une alerte sur le degré de satisfaction ou de mécontentement des services sur la réactivité de la blanchisserie pour répondre à leurs besoins).

Lors de cette formation, il a été souligné le fait que les indicateurs étaient vécus comme des outils de contrôle de leur travail par le personnel. C'est pourquoi, il est important de les définir en commun lors des réunions de service pour que les équipes se les approprient. De même, une analyse en commun permet d'en faire ressortir l'intérêt aux yeux de tous les acteurs.

Objectif d'amélioration année N: Aucune rupture d'approvisionnement aux services des urgences. Réduire les non conformités, notamment en provenance des services clients (manque de linge, délais de réponse...)

Sur les objectifs assignés au service, l'animatrice de la CEGOS a expliqué qu'il était préférable qu'ils soient quantifiables pour faciliter leur évaluation. Ainsi, afficher comme objectif de réduire les non conformités est intéressant, mais serait encore plus pertinent si un pourcentage de réduction y était associé.

En définitive, l'analyse en sous-groupes des fiches d'identité qui avaient été préalablement préparés par les pilotes de processus a été très constructive car elle a permis de dresser un panorama complet des processus de la DSEL et de leurs interfaces et a donné l'occasion de lever un certain nombre d'incompréhensions et d'incertitudes.

➤ Après avoir défini sa fiche d'identité des processus, il convient de passer à une analyse séquentielle des processus afin d'identifier leurs différentes étapes.

2.2.2 Définir les étapes du processus sur un mode participatif

La plupart des projets hospitaliers révèlent le décalage entre la logique gestionnaire et les logiques professionnelles pour une raison majeure décrite par Michel Crozier et Erhard Friedberg, qui est que les acteurs résistent à toute menace et rationalisation de leurs comportements. Toute introduction de changement se heurtera toujours à cette donnée sociologique.

Pour limiter la portée de cette donnée sociologique, il est préférable que l'analyse des processus ne soit pas réalisée de manière isolée par les pilotes de processus. Les responsables de service doivent en effet adopter un management participatif pour susciter l'adhésion puis les contributions des agents et éviter des phénomènes de résistance au changement.

Les facteurs clés de réussite sont :

- d'expliciter très clairement le rôle de chacun,
- d'être très concret,
- de faire participer tous les intervenants du processus,
- de préciser les risques et dysfonctionnements déjà rencontrés,
- d'identifier les enregistrements relatifs à la qualité sur les étapes clés,
- de planifier le travail à faire sur l'analyse des processus.

Les principaux écueils à éviter sont :

- de négliger les interfaces avec les autres processus,
- de se noyer dans le détail,
- de choisir des indicateurs non pertinents,
- de décrire une situation idéale décalée de la réalité du terrain.

Cependant, si le management participatif fonctionne plutôt bien entre l'encadrement et la direction, il est plus fragmentaire pour ce qui concerne les responsables des services et leurs agents. En effet, la restauration et la diététique mis à part, les autres services ont réfléchi à leurs processus quasiment sans avoir recours à leurs agents. Bénéficiant de davantage de temps, ces services n'ont pas mis en place les revues de processus ou de service régulières qui ont permis à la restauration et à la diététique d'impliquer leurs

agents. En outre, certains pilotes et copilotes de processus ont estimé que leurs agents étaient suffisamment absorbés par leurs tâches quotidiennes. De manière concrète, il est très difficile d'engager ce type de réflexion avec de grosses équipes. Le pilote de la restauration qui dispose de l'équipe la plus importante en nombre a expliqué la démarche avant de constituer un petit groupe de travail avec les personnes les plus motivées. D'autres cadres ne savent tout simplement pas comment parler de ce sujet sans que cela paraisse trop abstrait ou que cela inquiète les équipes.

L'animatrice de la CEGOS a donné quelques conseils aux pilotes de processus pour qu'ils puissent plus aisément communiquer sur la démarche de certification. Trois idées doivent être évoquées :

- les bénéfices que vont tirer l'établissement et la direction de la démarche en cours,
- les avantages au quotidien de l'équipe une fois que le système sera mis en place et fonctionnera (conditions de travail,...),
- la manière dont on va s'y prendre pour atteindre cet objectif (plans d'action).

Il est, en effet, essentiel de réfléchir et communiquer sur les bénéfices du changement. *“Il est toujours très important de s'interroger sur ce que les acteurs impliqués gagnent à ce changement : nouvelle organisation, nouveau procédé, etc. S'ils ne gagnent rien, ou s'ils perdent leurs avantages antérieurs, sans trouver autre chose pour les remplacer, tôt ou tard ils reviendront à leurs comportements antérieurs ou trouveront des stratégies de détournement. Dans ce dernier cas, le changement aura coûté du temps, de l'argent, de l'énergie et n'aura servi qu'à décourager les acteurs”*.²⁵ Cette réflexion rejoint celle du concept de jeu qui sert à comprendre ce qui lie les acteurs entre eux dans une situation, malgré leurs rationalités et leurs stratégies différentes et malgré leurs ressources inégales. Toute situation comporte finalement une règle du jeu, même tacite, et c'est dans ce sens qu'il faut entendre le concept de jeu. Il est utile comme modèle d'intégration entre deux orientations contradictoires, non réconciliées, celle de la stratégie égoïste des acteurs et celle de la cohérence finalisée du système²⁶

Bien entendu, il va falloir se préparer à répondre aux critiques des agents qui ne vont pas tous accueillir ce projet avec enthousiasme. L'important est de ne jamais répondre aux

²⁵ GONNET F. & LUCAS S., *L'hôpital en question – Un diagnostic pour améliorer les conditions de travail*, op. cit., p 241.

²⁶ CROZIER M. & FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, op. cit.

La notion de système implique une vision d'ensemble à l'intérieur de laquelle les différentes parties sont en interaction. Les relations entre les différents éléments de l'ensemble sont tout aussi importantes que les qualités propres de ces éléments. Le système est finalement défini par l'interdépendance de ses parties. Dans ce sens, il est plus que la somme des parties. Il s'agit toujours d'un « construit » humain collectif et contingent dans lequel la liberté des acteurs intervient à tout moment.

critiques injustifiées, de prendre son temps avant de répondre, de remercier l'agent d'avoir posé la question, de la reformuler et de tenter de trouver des solutions au problème de préférence avec l'ensemble de l'équipe.

Le tableau ci-après peut servir de guide :

	Critique justifiée	Critique injustifiée
Qui	- personne compétente - personne légitime	- personne non compétente et illégitime
Quoi	- faits	- personnes (jugement de valeur)
Quand	- rapidement après le dysfonctionnement (mais pas nécessairement à chaud)	- trop longtemps après
Comment	- calmement - reformuler le problème - trouver des solutions ensemble	- agressivité
Où	- individuellement	- en public (réunion,...)

Néanmoins, ce mode participatif de définition des étapes des processus métiers de la DSEL a pu avoir lieu au niveau de l'encadrement lors du séminaire avec la CEGOS. Chaque pilote avait préalablement réfléchi à la question à partir d'un tableau type fourni par la responsable qualité de la DSEL.

L'étude de la fonction Achats-Approvisionnement illustre de manière intéressante les évolutions qui ont pu avoir lieu lors de ce séminaire (*annexe 7 – Description par étapes des processus de réalisation de la DSEL*).

Ce n'est qu'à l'issue de cette étude collective que la fonction Achats-Approvisionnement a réellement pris corps. Jusqu'ici, les Services Economiques et le magasin général avaient travaillé sur des processus séparés. Or, le fait de rapprocher ces sous-processus a conduit les deux services à prendre conscience qu'ils avaient un certain nombre d'étapes en commun. En outre, chaque service subit un certain nombre de dysfonctionnements qui affectent leurs prestations réciproques et qu'ils attribuent pour une large part à l'incurie ou à l'inertie de leurs collègues. La gestion des interfaces de manière isolée sans prendre en compte les contraintes de l'autre ne peuvent conduire qu'à des difficultés à répétition. Ainsi, il a pu être constaté que certains produits avaient été réceptionnés par le magasin général, payés par les Services Economiques sans être jamais arrivés dans le service demandeur. Or, les deux services sont aujourd'hui incapables de comprendre ce type de dysfonctionnement. Il y a donc très peu de chance qu'ils puissent rapidement y remédier. L'intérêt d'un processus unique est d'analyser en commun les zones à risque, de tester des actions correctrices et de les évaluer régulièrement ensemble.

Processus métier Achats/Approvisionnement

Etape 1 : le recensement des besoins :

L'étape recensement des besoins doit être réalisée en commun par les deux services. En effet, le magasin général fonctionne en remplacement du consommé réel (RCR) pour éviter de gérer des stocks importants et exporte des magasins (magasins de proximité) dans les services de soins pour les impliquer dans la démarche et leur faire gagner du temps. Ce système se fonde sur une négociation préalable des dotations avec les services de soins qui doivent se rapprocher le plus possible de la réalité des besoins des services en fonction de leur activité. Les services sont ensuite automatiquement livrés tout au long de l'année en fonction d'un cadencier sans avoir à passer de commandes. Or, les Services Economiques ont également besoin de se fonder sur une estimation des besoins pour évaluer le budget global de la DSEL et pour effectuer une régulation budgétaire durant l'année comptable. L'intérêt de travailler en commun sur cette étape de recensement des besoins apparaît ainsi évidente. D'une part, cela favorisera une meilleure régulation budgétaire en se fondant sur les besoins réels des services. D'autre part, cela donnera l'occasion de vérifier que le fonctionnement du RCR n'est pas inflationniste.

Etape 2 : la commande

En matière de commande, le risque essentiel est la rupture de stock dans les services de soins. Or, sur certains produits que le magasin général qualifie de stratégiques (3 critères cumulatifs : urgence vitale pour le patient, blocage du fonctionnement d'au moins un service, absence de produits de substitution – ex : pinces à usage unique utilisées en chirurgie), les ruptures ne sont pas permises. Et pour les autres produits, les ruptures doivent être évitées pour assurer le bon fonctionnement du RCR. Il en est de même pour les prestations de service (réparations,...) où une réactivité importante est requise. Dans ce domaine encore, une coopération étroite entre les Services Economiques et le magasin général sont de nature à fortement améliorer la prestation. Bien entendu, elle existe déjà tout comme en matière de recensement des besoins, mais elle est insuffisamment formalisée et une analyse systématique des non conformités reste à mettre en place.

Etape 3 : un certain nombre de séquences sont spécifiques à chacun des services et interviennent à différents moments du processus

- Pour les Services Economiques : l'ordonnement des programmes d'achats et le choix des procédures, la rédaction des cahiers des charges et la notification aux attributaires des marchés

Néanmoins, notamment en matière de rédaction des cahiers des charges, l'expertise du magasin général peut s'avérer utile.

- Pour le magasin général : la réception et l'enregistrement des marchandises et la préparation des approvisionnements.

Etape 4 : l'évaluation

Les Services Economiques et le magasin général ont un objectif commun : éviter de travailler à nouveau avec les mauvais fournisseurs. Une étroite concertation entre ces deux services (et les services de soins) est primordiale afin d'analyser l'ensemble des fiches de non conformités et d'adresser un message cohérent aux fournisseurs.

A l'issue de cette analyse, les synergies entre les activités des deux services ne font plus de doute, même si la tâche la plus délicate reste de prendre de nouvelles habitudes de concertation au sein d'une commission achats-approvisionnement qui a été créée en septembre 2004²⁷.

2.3 Etablir une cartographie des processus permet de mettre en relief les interfaces

2.3.1 Construire la cartographie de la DSEL

La norme demande (voir ISO 9001 – 4.2.2c) de décrire, par l'intermédiaire du manuel qualité, les interactions entre les processus du système de management de la qualité. La cartographie des processus est un moyen visuel simple de représenter l'ensemble des processus identifiés et leurs interactions.

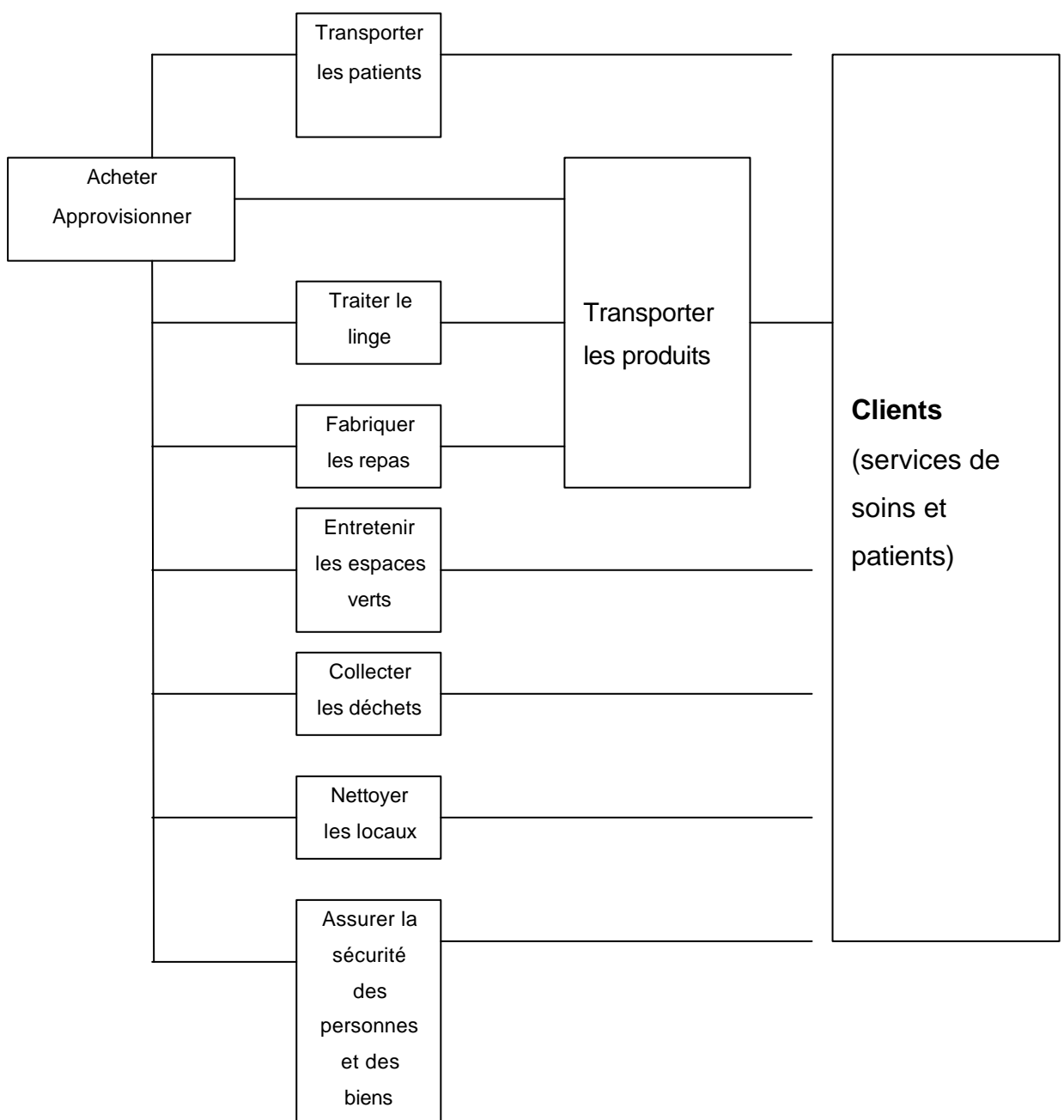
Les processus de réalisation du produit obéissent directement à la logique du coeur d'activité de l'organisme (les activités de client à client). Les autres processus du système de management sont ceux qui sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des

²⁷ CROZIER & FRIEDBERG estiment en effet que « *tout l'art du changement est dans l'exécution* ».

premiers : ils concernent notamment le management des ressources et les activités de mesure, d'analyse et d'amélioration. Ils ne dépendent pas directement de la logique de réalisation du produit. Il appartient à l'organisation de déterminer ceux qui lui sont nécessaires pour manager la qualité sans oublier l'amélioration continue.

Concrètement, l'élaboration d'une cartographie des processus se réalise en deux étapes :

1) Le graphique ci-dessous représente les processus de réalisation de la DSEL et met en valeur les interfaces.



Il est ainsi aisé de constater que la fonction Achats/Approvisionnement est en interaction avec tous les autres processus et que la fonction transport de marchandises a des interfaces avec les Services Economiques, le magasin général, la blanchisserie et la restauration. En effet, le traitement et l'élimination des déchets (déchets ménagers et déchets à risque) sont externalisés. Ce schéma permet donc de distinguer les zones à risque sur lesquelles il conviendra d'être vigilant.

2) Une seconde étape permet de parachever la cartographie des processus en intégrant le processus de management de la qualité et les processus supports (*annexe 8 – Tableau d'interaction des processus*).

“Les interfaces entre processus sont à surveiller car elles constituent une cause fréquente de mauvais résultats, la résistance d'une chaîne étant égale à la résistance de son maillon le plus faible. Ce point est à prendre en considération lors des audits²⁸”. Les résultats d'un processus constituent les entrants d'autres processus ou tout au moins les influencent. Le responsable du résultat du processus est en charge d'organiser une information descendante vers les autres processus des résultats obtenus ou à prévoir.

Enfin, la finalisation de la cartographie des processus dans le schéma ci-dessous permet de visualiser l'intégration de l'ensemble des processus dans le cycle d'amélioration continue de la qualité (*annexe 9 – Cartographie des processus de la DSEL*).

2.3.2 Contractualiser avec les processus supports

Alors que des réunions entre services doivent permettre de gérer les interfaces touchant les processus de la DSEL, il est important de contractualiser les relations avec les services qui ne sont pas compris dans le périmètre de certification.

Des contrats “collectifs” DSEL sont ainsi passés avec la direction des systèmes d'information, de l'organisation et des archives (*annexe 10 – Contrat informatique*) et la direction des ressources humaines du CHIC. Le contrat informatique, par exemple, définit des règles de bonne conduite réciproques afin de lever par avance les dysfonctionnements qui ne manqueraient pas d'altérer les prestations des processus de réalisation. Les services de la DSEL ont ensuite toute latitude pour établir des contrats

²⁸ MITONNEAU H., ISO 9000 version 2000. Pour une pratique renouvelée du management de la qualité, op. cit., p ; 66.

individuels avec les services supports pour définir des modalités de fonctionnement spécifiques ou apporter des informations particulières.

Comme l'indique M. CREMADEZ²⁹ " *les services logistiques traditionnels (cuisines, buanderie,...) appartiennent à l'univers administratif*". Ils se situent donc dans une dynamique de recherche de la rentabilité ce qui les sépare des centres opérationnels (les services de soins), alors même qu'au quotidien des liens étroits sont nécessaires pour assurer une qualité optimale au patient. Or, l'efficacité de cette politique qui trouve une traduction dans la démarche de certification passe également par une contractualisation avec les services de soins qui doivent s'engager à assumer certaines tâches en échange d'une prestation de meilleure qualité des services logistiques.

Cette contractualisation est essentielle pour sécuriser les processus "cœur de métier". C'est également un moyen de diffuser les exigences qualité en contraignant les services supports à garantir une prestation de qualité.

2.4 Mettre en oeuvre les processus dans le système de management par la qualité

2.4.1 Marier organigramme hiérarchique et cartographie des processus

Les processus procédant de la logique client-client se présentent dans une vision transversale de l'organisation de l'hôpital alors que l'organigramme donne quant à lui la vision verticale de ce même hôpital. L'organigramme correspond également à la description statique des liens hiérarchiques et éventuellement fonctionnels entre les principaux postes ou services. La cartographie des processus donne pour la même organisation une vision dynamique orientée vers la création de valeur et de satisfaction pour les clients.

Les responsables impliqués dans la mise en oeuvre des processus sont évidemment ceux qui figurent sur l'organigramme hiérarchique, il ne s'agit pas de créer une seconde hiérarchie. Néanmoins, ces processus constituent des cellules douées d'une autonomie et

²⁹ CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n° 266, p 285 – 306.

nanties de pouvoirs opérationnels forts. Il ne s'agit pas non plus de réorganiser les services sous couvert de démarche de certification³⁰. Si réorganisation il y a, c'est pour optimiser le fonctionnement des processus de réalisation.

Marier organigramme hiérarchique³¹ et cartographie des processus est cependant indispensable pour assurer la mise en oeuvre efficace de ces derniers dans l'entreprise et éviter les freins dus à des amiguïtés de responsabilités.

Au CHIC, il a été constaté que la démarche qualité révélait l'encadrement. Certains cadres font preuve d'un grand dynamisme pour mener à terme ce projet. D'autres manifestent davantage d'inertie passive, voire un peu active. En outre, même s'il ne s'agit en aucun cas de créer une seconde hiérarchie, celle-ci s'impose parfois de manière évidente : ainsi, le pilote du processus espaces verts n'est pas le responsable dudit service. Il est vrai que son supérieur part à la retraite d'ici un an et qu'il lui paraissait sans doute plus judicieux de mettre son successeur présumé sur ce projet.

A partir de ce constat, la direction a réfléchi à des pistes d'amélioration. Pour optimiser l'organisation des services, des regroupements ont été décidés.

Il est ainsi créé un service "Environnement" regroupant le service MHL et la collecte des déchets, ainsi que les espaces verts au départ à la retraite du responsable actuel. En effet, il est apparu inutile de conserver un cadre pour des services de quatre à cinq agents. Le service MHL qui gérait les vaguemestres les confie au service qui transporte les patients dans la nouvelle organisation. Il semble plus cohérent de constituer un pôle ambulances, courses et vaguemestres dans lequel il sera plus aisé de trouver des synergies.

Ce nouveau pôle sera piloté, pour ce qui concerne la démarche de certification, par un des référents qualité de la DSEL. En effet, un second référent qualité est désigné pour aider le premier à réaliser sa mission. Il est prévu qu'ils se partagent le suivi des services à certifier durant toute l'année qui sépare la DSEL de la visite d'un nouvel auditeur. Le second référent est le responsable du service restauration qui a obtenu début mai la certification de son service et que la direction soutient dans son projet de formation professionnelle pour atteindre le grade d'ingénieur qualité logistique. Cette qualification

³⁰ Entretien en date du 27.05.04 avec M. CREMADEZ.

³¹ Comme le remarque MINTZBERG, « même si l'organigramme ne décrit pas les relations informelles, il donne une image exacte de la division du travail et indique au premier coup d'œil quels postes existent dans les organisations, comment ils sont groupés en unités et comment l'autorité formelle circule entre eux ».

obtenue lui conférera un véritable rôle de personne ressource pour tout ce qui concerne la certification des services logistiques. Il est d'ailleurs entendu qu'il restera seul référent qualité une fois le certificat obtenu pour l'ensemble de la DSEL. Le premier référent qualité doit progressivement glisser sur un profil de chargé de communication qui l'intéresse tout particulièrement. Sa compétence en matière qualité continuera à être utilisée car cette personne fait partie du réseau d'auditeurs internes de l'établissement.

Cette nouvelle organisation devrait faciliter la certification des services logistiques en 2005. Elle resserre l'organigramme autour de quelques pôles forts, ce qui renforce l'encadrement, limite le nombre d'interfaces et rationalise l'utilisation des effectifs. Le service Environnement nouvellement créé comprend une quarantaine d'agents que l'ancien responsable du service MHL va pouvoir redéployer pour assumer de nouvelles missions de transport de produits que réclament les services de soins (eau, petits déjeuners, produits pharmaceutiques).

Bien entendu, ces réorganisations impliquent aussi une nouvelle politique des ressources humaines qui sera analysée au 5.3.

2.4.2 Traiter les points critiques des processus selon leurs différentes natures

La méthode RASCI aborde les principaux problèmes de mise en oeuvre de l'approche processus dans l'organisation. Son objectif est de traiter des liens critiques des processus selon leurs différentes natures. RASCI est un terme constitué à partir de la première lettre des cinq points critiques à considérer dans la mise en oeuvre des processus :

Ces cinq points critiques sont :

- la **responsabilité** de l'atteinte du résultat du processus lorsque ses activités relèvent de différents services ou différentes entités.

Le responsable du résultat du processus est identifié dans la hiérarchie existante. Lorsque le niveau de coïncidence est élevé entre services existants et processus, le responsable du processus s'identifie également avec le responsable du service. C'est le cas le plus fréquent à Créteil, même si la transversalité de certains processus comme le processus Achats-Approvisionnement complique un peu les choses. Pour le moment, il y a plusieurs responsables du résultat avec un rôle primordial du référent qualité de la DSEL qui est le garant du bon fonctionnement du processus.

- l'**autorité** à laquelle il convient de se référer pour prendre certaines décisions, réaliser des arbitrages de priorités.

Le responsable du résultat du processus ne détient pas tous les pouvoirs. Il est rattaché à une autorité vers laquelle il doit se tourner pour conduire certaines activités, prendre certaines décisions, faire rendre des arbitrages de priorité. Au CHIC, cette autorité est naturellement le directeur adjoint chargé des services économiques et logistiques et pilote du processus management de la qualité. Il faut également envisager la situation particulière du service sécurité des personnes et des biens qui, depuis le 1er septembre 2004, relève hiérarchiquement de la direction des investissements et des travaux (DIT). En effet, un projet de création d'une unité d'accueil et de sécurité unifie le personnel des barrières, du standard, de la sécurité incendie et celui de la sécurité du personnel et des biens sous l'autorité de la DIT. Il a pour autant été décidé de poursuivre la certification de ce service, même s'il sort du périmètre de la DSEL. C'est un moyen de commencer à impliquer une nouvelle direction dans le projet de certification.

- la **sous-traitance d'activités** qui font partie du processus mais sont confiées à des services relevant d'une autre autorité.

La nature transversale du processus a pour conséquence une situation où le responsable du résultat du processus n'est pas en mesure d'en réaliser toutes les activités par ses propres moyens. Il est amené à sous-traiter ces activités à un service interne ou, à défaut, externe.

On a déjà vu à l'occasion de l'analyse de la cartographie des processus les nombreuses interactions qui conduisaient à des collaborations étroites entre services du périmètre de certification et à des contractualisations internes avec les autres services partenaires du CHIC. Certaines activités sont aussi sous-traités à des prestataires extérieurs : il en est ainsi du transport médicalisé des patients, du transport et de l'élimination des déchets ménagers et à risque et de la prestation du personnel de sécurité.

- la **compétence** qui est nécessaire dans le déroulement des certaines activités du processus (prise de décision par exemple) mais est détenue par d'autres entités.

Autre conséquence de la nature transversale d'un processus, les compétences nécessaires à la bonne mise en oeuvre du processus peuvent ne pas être toutes réunies chez les acteurs du processus considéré. Il ne s'agit pas ici, comme dans le cas précédent, de confier la réalisation de certaines activités à des services relevant d'une autre autorité, mais de faire appel, à titre de conseil, à certains acteurs reconnus pour leur compétence dans la matière considérée. Les actions de communication permettent de créer les liens nécessaires pour capter les compétences utiles et conduire aux prises de

décision voulues. Ces activités de communication sont représentatives du niveau d'intégration du processus dans l'environnement de l'organisation.

Pour le moment, le partage des compétences au CHIC repose sur la collaboration entre les services de la DSEL, ainsi qu'avec les services déjà certifiés comme la stérilisation et la pharmacie.

- **l'information** sur les résultats obtenus.

Les résultats d'un processus constituent les entrants d'autres processus ou tout au moins les influencent. Le responsable du résultat du processus est en charge d'organiser une information descendante vers les autres processus des résultats obtenus ou à prévoir. Ce point concerne, comme le précédent, les liens de communication entre un processus et le reste de l'organisation. Ce lien est à assurer par le responsable du processus dans son rôle de création de valeur ajoutée pour le client. Les circuits de communication institués entre processus ont pour but de réguler la production et l'émission de l'information d'une part et sa réception d'autre part.

Il faut noter que certains pilotes de processus partagent déjà certains types d'information : ainsi, les services MHL, collecte des déchets et espaces verts (service environnement depuis l'automne 2004) réalisent des enquêtes de satisfaction communes depuis près d'une année.

Des réunions thématiques régulières sont aussi organisées entre processus : c'est le cas entre les services restauration, diététique et les services économiques sur le thème de la sécurisation des achats, tout comme pour le service transport des patients et les services économiques sur le thème de la régulation des transports.

3 D'UN RECUEIL DES BESOINS EXPLICITES À LA SATISFACTION DES BESOINS IMPLICITES DES CLIENTS

3.1 Intérêt et perspectives

Parmi les systèmes qualité mis en place, nombre d'entre eux n'ont pas permis de réaliser des produits et des services apportant le niveau de satisfaction souhaité des clients. En effet, un système peut très bien être certifié ISO 9001 et être jugé inefficace par les clients dans la réponse à leurs attentes.

Par définition (voir ISO 9001 3.1.4), la satisfaction du client, c'est son opinion sur le degré de réponse à ses besoins et attentes apporté par les prestations, produits et services délivrés. La norme ISO 9001 (voir paragraphe 8.2.1) ne demande pas de mesurer la satisfaction du client mais de surveiller les informations relatives à la satisfaction et/ou au mécontentement du client puisqu'elles constituent une des mesures de la performance du système de management de la qualité.

Au CHIC, l'approche clients a été l'angle d'entrée dans la démarche qualité pour les services économiques et logistiques³². Il est effectivement essentiel et pas toujours évident de savoir pour qui le service travaille. Or, comme le dit BERWICK, "*le client est une personne qui dépend de nous*". Il appartient aux services de savoir lui apporter la satisfaction de ses besoins exprimés et implicites. En effet, dans l'opinion du client, il y a des informations concernant les niveaux de réponse aux besoins et attentes qu'il a exprimés (conformité) et d'autres informations relatives à des besoins et attentes non exprimés mais qui sont à l'état latent et que l'organisation a su satisfaire, au moins partiellement, par sa capacité d'adaptation et de créativité. Le niveau de réponse à ces deux dimensions combinées génère le degré de satisfaction du client.

Dans ses rôles, la direction doit assurer que les exigences des clients sont déterminées et respectées afin d'accroître la satisfaction des clients (voir paragraphe 5.2 – Ecoute client). Les exigences relatives aux produits et services à délivrer sont la traduction des exigences explicites et implicites à satisfaire. Les mesures sur les produits (et services) permettront de vérifier que les exigences ainsi déterminées sont satisfaites (voir paragraphe 8.2.4 – Surveillance et mesure du produit). La mesure de la satisfaction du client est destinée à cerner son opinion sur le niveau de réponse de la transaction à ses besoins et attentes (voir paragraphe 8.2.1 – Satisfaction du client).

Il y a plusieurs types de clients. Le client final, le patient pour l'hôpital, est le plus facile à repérer. Mais il existe aussi des clients internes qui sont les autres services appartenant à une même organisation. Pour les services économiques et logistiques, ces clients internes occupent une place privilégiée, même si en fin de compte tous les services concourent à satisfaire le client final qu'est le patient. Le fait de prendre conscience de l'existence de clients internes permet de mieux tenir compte de leurs besoins. Ainsi, les services économiques et le magasin général dépendent du service MHL pour la mise à disposition des produits auprès des services de soins qui sont leurs clients. Le service MHL a donc pour clients internes ces deux services et de la qualité de sa prestation

³² Formation - action de mars 2003, op. cit.

dépend en partie celle de l'économat et du magasin général à l'égard des services de soins. Les relations clients/fournisseurs sont donc fortement imbriquées en interne et doivent bénéficier des efforts de tous pour que l'ensemble des clients puisse être globalement satisfait.

Norbert ALTER fustige les relations "fournisseurs/clients" entre collègues³³. Selon lui, ce type de relations détruit les modes de socialisation antérieurs qui reposait sur une coopération professionnelle fondée de longue date dans laquelle les acteurs ne comptaient pas leur temps. Or, cette coopération représente un capital de connaissance construit dans la durée, fondant des solidarités qui permettent l'expression d'identités collectives.

Pour autant, ces coopérations perdurent, même si les relations entre collègues sont plus formalisées. D'ailleurs, cette formalisation permet parfois de lever une "zone d'incertitude"³⁴ que certains acteurs peuvent éventuellement utiliser pour acquérir un certain pouvoir sur les autres et éviter de jouer le jeu de la solidarité et de la coopération.

3.2 Privilégier l'écoute client

La mesure de la satisfaction des clients constitue un moyen de hiérarchiser les attentes des clients en fonction de leur poids respectif dans la satisfaction clients et d'identifier les priorités d'amélioration. Cela permet aussi d'évaluer les effets d'un plan d'actions avant et après et de mettre sous surveillance, c'est à dire alimenter un système d'alerte des événements qui altèrent la qualité des services ou produits.

Il est important de noter que les réclamations des clients ne sont représentatives que de la dimension négative de la mesure de satisfaction. Les réclamations des clients se situent sur un canal de communication formel et s'expriment le plus souvent en référence aux exigences explicites qui n'ont pu être satisfaites. Il en est ainsi de plaintes des patients ou de leur famille s'ils s'aperçoivent que des mégots de cigarettes jonchent les allées. Dans ce cas de figure, la propreté des locaux et des espaces environnants qui est

³³ ALTER N., *L'innovation ordinaire*, op. cit., p 112.

³⁴ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, op. cit., p 68.

M. CROZIER, dans son ouvrage *Le Phénomène bureaucratique*, développe le cas du monopole industriel dans lequel les ouvriers d'entretien utilisent la zone d'incertitude que représente la panne des machines, pour assurer leur pouvoir dans l'atelier. Or, la zone d'incertitude définie comme un élément non prévu (par les statuts, les organigrammes) mais essentielle à la bonne marche de l'organisation se rencontre également à l'hôpital. Elle tourne souvent autour de l'expertise (médicale, bien sûr, mais pas seulement) des informations utiles, des relations avec l'environnement interne et externe. Les agents « anciens » dans un service qui connaissent parfaitement tous les rouages de l'organisation parviennent parfois à maîtriser une zone d'incertitude cruciale pour le fonctionnement de leur service.

un besoin explicite n'a pas été satisfait. Il en est de même des ruptures de stock sur certains produits de première nécessité (couches, papier toilette,...) qui constituent des non conformités que peuvent constater les services de soins. En revanche, offrir aux patients, aux familles et au personnel des compositions florales qui flattent le regard répond davantage à un besoin implicite.

Répondre favorablement aux besoins explicites est une démarche préalable, mais il ne faut en aucun cas s'en contenter. En effet, la démarche d'amélioration tombe en panne en l'absence de réclamations ; on ne peut donc pas considérer cette approche comme une démarche d'amélioration continue. Dans une vision étroite des principes d'assurance de la qualité version 1994, certains systèmes qualité ont restreint leur processus d'amélioration aux actions correctives et préventives basées sur les non-conformités.

3.3 Etablir le processus de mesure de la satisfaction des clients et en exploiter les résultats

Le processus de mesure de la satisfaction du client est constitué de l'ensemble des activités qui conduisent à surveiller les informations relatives à la satisfaction et/ou au mécontentement du client.

Les données de sortie du processus de mesure de la satisfaction du client recèlent une masse d'informations à exploiter. Ces informations constituent à leur tour, selon leur nature, des données d'entrée pour alimenter la démarche d'amélioration continue et concernent de nombreux processus internes.

Les informations disponibles proviennent :

- des indicateurs internes qui délivrent des signes du niveau de satisfaction du client. Ainsi, pour le service diététique, le taux des patients ayant compris leur régime ou la diminution du nombre de retards.
- des indicateurs externes, c'est à dire permettant de recueillir l'opinion du client sous différentes formes : réclamations, mesures spontanées sur les produits et services délivrés, enquêtes de satisfaction.

Il est précisé dans le manuel Qualité de la DSEL les différents moyens à la disposition des services restauration et diététique pour recueillir le niveau de satisfaction perçu par les clients. Ces informations peuvent être remontées par :

- le CLAN qui vise essentiellement à replacer l'alimentation dans le soin en vue de l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle des patients et de la restauration ;
- la fiche de choix des patients – fiche quotidienne permettant au patient de choisir son menu en fonction de son régime ;
- une enquête de satisfaction sur la restauration pour le respect du repas et de sa qualité au minimum deux fois par an ;
- une enquête de satisfaction sur le suivi nutritionnel au minimum deux fois par an ;
- une correspondance et des contacts personnalisés avec la DSV ;
- le dépouillement du "questionnaire de sortie" intégré dans le livret d'accueil et donné à chaque patient hospitalisé ; il convient d'être particulièrement prudent sur l'exploitation des résultats des questionnaires de sortie car le patient a une position spécifique dans l'organisation hospitalière qui rendent les relations de l'organisation avec son client extrêmement complexes et délicates.³⁵
- les courriers adressés directement au directeur de l'établissement.

Pour les autres services de la DSEL, la même démarche est engagée et se matérialise, dans un premier temps, par la réalisation d'enquêtes de satisfaction (*annexe 11 – Enquête de satisfaction clients relative à l'environnement*).

De même qu'une approche rationnelle est nécessaire pour établir ces indicateurs, l'organisation établit une synthèse ordonnée des informations recueillies selon les finalités qu'elle s'est imposée. Ainsi, ces informations serviront à analyser les écarts par rapport aux objectifs en revue de direction et serviront de nouvelles données d'entrée pour la définition des objectifs de l'année suivante. C'est typiquement un mode d'entrée dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

4 LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE POUR SORTIR DE LA QUALITÉ SUBIE

4.1 Une démarche exigeante

Qualité et amélioration continue sont devenues indissociables. La version 2000 consacre le concept en l'intégrant comme principe de management de la qualité et comme exigence essentielle dans le référentiel ISO 9001. Les actions correctives et préventives,

³⁵ GONNET F & LUCAS S., *L'hôpital en question – Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, op. cit.

les audits internes, les revues de direction sont autant d'occasions pour intégrer des actions d'amélioration. Néanmoins, ces actions n'existent souvent que dans une vision négative de la qualité centrée sur l'élimination des non-conformités. Or, un système qualité n'est efficace qu'au travers d'une attention permanente à son amélioration continue. En dépassant les exigences restrictives de l'assurance de la qualité et en s'orientant vers un management dynamique de la qualité, la version 2000 de la norme appelle à des pratiques nouvelles qui passent certainement par une évolution culturelle dans bien des cas.

Depuis quelques mois est testée à Créteil une régulation du transport des patients. Partant du constat qu'il était fait très souvent appel à des sociétés d'ambulances extérieures alors que l'hôpital dispose de son propre service d'ambulanciers, il a été décidé de centraliser la planification des rendez-vous et des urgences au niveau d'une permanence téléphonique aux Services Economiques. Après avoir effectué un bilan qualitatif desdits transports, une négociation a eu lieu avec les services de soins pour rapprocher leurs besoins des possibilités du service de transport des patients.

Or, les conséquences de ce travail d'analyse engendrent une véritable révolution culturelle pour les ambulanciers, d'autant plus que des bilans d'étape mensuelles sont effectuées et que les dysfonctionnements sont remontés quotidiennement à la direction.

C'est l'exemple de l'application d'une démarche d'amélioration continue avec un enchaînement d'actions où les progrès se cumulent successivement.

La norme ISO 9001 (voir 8.5.1 – Amélioration continue) précise : *“L'organisme doit améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité en utilisant la politique qualité, les objectifs qualité, les résultats des audits, l'analyse des données, les actions correctives et préventives, ainsi que la revue de direction”*.

4.2 Démarche de progrès et engagement de la direction

Il faut considérer le rôle central de la revue de direction qui a pour objet d'examiner le système de management de la qualité (SMQ). Elle vérifie l'efficacité de ce système et son adéquation avec les besoins et attentes des clients. Il est spécifié dans le manuel Qualité de la DSEL que deux revues de direction annuelles sont programmées pour chaque processus de réalisation. Pour le moment, seule la fonction nutrition-restauration (*annexe 12 – Revue de direction de la fonction nutrition – restauration du 3.02.04*) est concernée. Pour les autres processus, la première revue de direction a eu lieu en fin d'année 2004 après une revue de direction intermédiaire d'ajustement en octobre.

En plus des pilotes de processus, sont impliqués dans ces revues :

- le directeur de la DSEL

- le responsable Qualité
- le référent Qualité de la DSEL.

En revue de direction, le directeur de la DSEL examine :

- les actions issues des précédentes revues de direction.
- les résultats des audits internes et externes.
- les réclamations et informations émanant des clients.
- les indicateurs de Qualité du processus et les non-conformités.
- le résultat des actions correctives et préventives engagées.
- l'avancement des plans Qualité.
- les changements éventuels intervenus sur le SMQ.
- les propositions d'améliorations continues soumises par le personnel et/ou les clients.

Il prend des décisions relatives :

- aux éventuelles évolutions du SMQ.
- à la définition des objectifs Qualité opérationnels et stratégiques.
- à la mise en place de plans Qualité et plans d'amélioration continue de la Qualité
- aux ressources nécessaires (équipement, formation,...).

Pour ne pas trop alourdir l'ordre du jour des revues de direction, un découpage thématique annuel a été retenu. Le contenu des revues de direction est le suivant :

- semestre 1 : réclamations et informations clients, indicateurs Qualité et non-conformités, actions correctives et préventives, politique Qualité, objectifs Qualité.
- semestre 2 : audits internes et externes, formation, évaluation des fournisseurs, revue du pilotage de processus, fonctionnement du SMQ, axes d'amélioration continue.

Après un recul de deux revues de direction, il est constaté que le pilotage du SMQ ne prend pleinement son sens qu'en revue de direction. Le directeur de la DSEL n'avait jusqu'alors jamais bénéficié d'autant d'indicateurs et de tableaux de bord pour piloter sa direction. En définitive, le directeur découvre en quelque sorte sa direction sous un autre jour grâce à la mise en oeuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

4.3 De l'amélioration sporadique à l'amélioration continue

4.3.1 Définir ce qui peut faire l'objet d'amélioration

Pour sortir de l'amélioration sporadique et s'engager résolument dans une démarche d'amélioration continue, il convient de définir au préalable ce qui peut faire l'objet d'amélioration :

➤ Mesures et amélioration du produit : l'organisation se centre souvent sur l'obtention de la conformité du produit et s'en tient au respect de cette exigence. Néanmoins, rares sont les cas où aucune recherche d'innovation n'est possible, ni aucune amélioration du service associé (mise à disposition, livraison,...), ne serait-ce qu'en termes d'information du client. Les mesures sur le produit permettent d'évaluer les résultats obtenus et les améliorations réalisées. Il en est ainsi, par exemple, de l'objectif de diminution chiffré du nombre de plateaux non conformes en restauration.

➤ Mesures et amélioration du processus : Les processus étant établis, les sortants de ces processus sont déterminés. Les sortants des processus de réalisation comprennent :

- les produits et services destinés aux clients ;
- les résultats obtenus au regard des objectifs visés.

Les mesures sur les processus concernent leur aptitude à atteindre les objectifs visés. Il s'agit de mesures d'efficacité en ce qui concerne les exigences de la norme ISO 9001 (voir paragraphe 8.2.3 – Surveillance et mesure des processus). On peut aussi appeler ces mesures indicateurs de performance des processus puisqu'il s'agit de démontrer l'aptitude des processus à atteindre les résultats planifiés. Il en est ainsi, par exemple, de l'indicateur qui consiste à mesurer le taux de patients ayant compris leur régime ; cette mesure répond à un axe d'amélioration de la qualité décliné pour la fonction nutrition - restauration : faire de l'alimentation un soin. C'est aussi le cas du taux de patient satisfait par la qualité des repas qui répond à la nécessité de concilier le respect du choix, la qualité gustative des repas et le régime des patients.

Les remontées d'information relatives aux anomalies de toutes sortes (réclamations des patients comprises) sont des données qui concernent l'efficacité des processus.

La maîtrise et l'amélioration des processus du système de management de la qualité est le moyen par excellence pour atteindre les objectifs qualité relatifs aux produits et par conséquent améliorer la satisfaction des clients.

➤ Mesures et amélioration du système de management de la qualité : la satisfaction des clients et l'audit interne sont les deux points de mesure dédiés à l'efficacité du système.

La mesure de satisfaction du client constitue l'une des mesures de performance du SMQ. L'accroissement de la satisfaction du client constitue en effet l'une des deux finalités du système, l'autre étant la conformité du produit. (voir paragraphe 1.1 – Généralités). L'audit interne constitue l'autre exigence de mesure du système et concerne l'évaluation de la

façon dont il est mis en oeuvre. C'est de son efficacité, au-delà de sa conformité dont il s'agit.

4.3.2 Entrer dans la qualité « positive »

A) Identifier les cibles

La planification stratégique (planification qualité dans la norme), c'est-à-dire le déploiement des objectifs, nous invite dans un premier temps à affecter des cibles aux orientations définies par la politique qualité. Dans le cadre institutionnel défini dans le manuel Qualité de l'établissement, la politique Qualité de la DSEL est définie selon trois axes et se décline à la fonction nutrition - restauration comme suit :

Axes d'amélioration de la DSEL	Déclinaison à la fonction nutrition-restauration
Placer le patient au coeur de toute action	Faire de l'alimentation un soin
Axe 1 : Améliorer la réactivité aux exigences des autres services de l'hôpital et notamment de soins	Engager une concertation avec les services de soins – modalités de distribution des repas, horaires, hygiène, etc...
Axe 2 : S'adapter aux exigences recueillies directement auprès du patient	Concilier le respect du choix, la qualité gustative des repas et le régime des patients
Axe 3 : Consolider la maîtrise du respect de la réglementation interne et externe à l'établissement	Etre tout particulièrement en conformité avec les directives de la DSV

A partir de ces axes déclinés à la fonction nutrition, six indicateurs ciblent un résultat à atteindre :

- 1) Avoir un taux de patients satisfaits de 80%
- 2) Avoir moins de rupture de stock (objectif inférieur à 20 par an pour le service diététique et inférieur à 120 pour le service restauration)
- 3) Avoir un taux de patients ayant compris leur régime de 70%
- 4) Diminuer le nombre de non conformités par menu sur le registre de la conception des régimes et des menus (objectif inférieur à 6 par an)
- 5) Diminuer la quantité de produits finis jetés (objectif inférieur à 12000 par an)

6) Diminuer le nombre de plateaux non conformes (objectif inférieur à 9000)

B) Atteindre les cibles et déployer les objectifs d'amélioration

Après avoir identifié les cibles, il convient de mettre en œuvre les moyens de les atteindre. C'est le temps de la planification (voir partie 5 du mémoire).

La déclinaison ou déploiement des objectifs d'amélioration s'effectue au moyen des processus du système de management. Elle aboutit à définir un certain nombre d'actions qu'il convient d'organiser en leur attribuant un ou plusieurs responsables, des moyens éventuellement nécessaires et des dates cibles selon les besoins. Les différentes actions ainsi définies peuvent s'insérer dans un plan d'actions général appelé aussi « Plan d'amélioration de la qualité ». A Créteil ce plan est appelé le PADAC, plan d'actions d'amélioration continue (*annexe 13 – PADAC suite à la revue de direction de la fonction nutrition restauration n°1*).

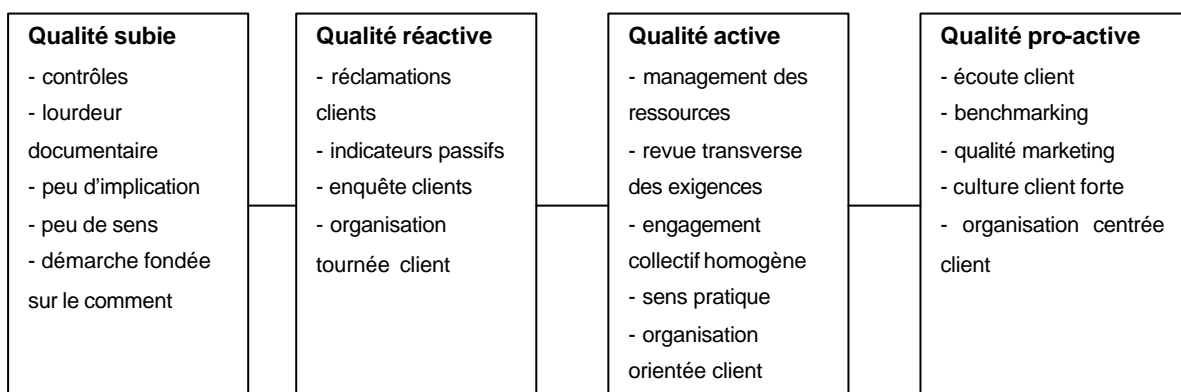
C) L'approche par la qualité positive

Pour que l'amélioration de la qualité soit effectivement continue, il faut considérer chaque opportunité d'amélioration comme une étape située à l'intérieur d'un processus qui ne s'arrête jamais. Cette volonté d'amélioration continue est le résultat d'une évolution culturelle qui caractérise un degré de maturité avancé du SMQ et l'entrée dans la qualité positive.

La qualité positive se définit comme une volonté d'améliorer les performances de l'organisation par la mise en place d'actions préventives. Elle se différencie ainsi de la qualité négative axée sur l'élimination des non conformités par les actions correctives et l'élimination des risques par des actions préventives. Il est bien entendu indispensable de s'intéresser à l'éradication des non conformités et des risques, mais on ne peut s'en contenter. En effet, la diminution des non-conformités n'est pas à considérer nécessairement comme un critère de performance, il peut s'agir aussi d'une moindre volonté d'enregistrer les anomalies. Il en est de même, dans une large mesure, des réclamations des clients. Si l'enregistrement des signes négatifs de la qualité résulte d'une attitude volontaire que la direction doit encourager en l'inscrivant dans sa démarche d'amélioration, il faut aussi développer la recherche de meilleure performance *a priori* indépendamment de tout constat de non - qualité en prenant en compte la perception du client sur le niveau de la satisfaction de ses attentes.

5 DEPLOYER LES OBJECTIFS ET LA PLANIFICATION POUR ATTEINDRE UNE QUALITE ACTIVE VOIRE PRO - ACTIVE

L'important est de ne pas être esclave du système et de le mettre au service de l'utilisateur. Il s'agit de mûrir le système qualité afin d'en récolter tous les fruits pour l'organisation. Le schéma ci-dessous illustre les différentes étapes de maturation de toute démarche qualité. Il faut noter que la qualité pro - active est un objectif à atteindre qui concerne aujourd'hui une minorité d'organisation. La plupart des structures, tout comme la DSEL d'ailleurs, se situent plutôt entre la qualité réactive et la qualité active.



5.1 La planification de la qualité

L'une des vocations de la version 2000 des ISO 9000 est de combler le décalage du référentiel avec les bonnes pratiques de management et d'intégrer concrètement dans la responsabilité de la direction le lien entre les objectifs qualité et les processus opérationnels. Plus généralement, la nouvelle version de la norme met en évidence le constat suivant : les objectifs qualité ne se distinguent pas des objectifs naturels de la direction.

Planifier la qualité signifie organiser un ensemble de tâches sur l'axe du temps et ceci en relation avec un résultat visé.

Il existe deux types de planification :

- la planification stratégique : il s'agit des plans d'actions décidés par l'entreprise pour réaliser des objectifs qui se situent au-dessus des finalités propres des processus opérationnels. Alors que la planification « ordinaire » concerne le court terme, la planification stratégique concerne davantage le long terme. De même, la première se

situé sur l'axe du flux du produit, alors que la seconde lui est transversale car elle est de nature générique : elle concerne l'ensemble du système de management de la qualité. Ainsi, dans le domaine stratégique de la communication sur le projet, il a été planifié en septembre 2004 une visite du directeur adjoint chargé de la DSEL dans tous les services de la direction pour motiver les agents sur l'intérêt que représente la démarche qualité et répondre à leurs éventuelles questions.

En définitive, la planification stratégique concerne les plans d'actions permettant de mettre en œuvre la politique Qualité définie par le directeur de la DSEL, ainsi que les objectifs Qualité stratégiques. Elle intervient essentiellement :

- lors de l'apparition de nouveaux textes réglementaires – par exemple des textes relatifs à l'Encéphalopathie Spongiforme Bovine ou ESB.
- lors de la parution de nouvelles recommandations de bonnes pratiques.
- lors de l'acquisition de nouveaux matériels.
- lorsqu'un plan d'actions d'amélioration continue de la Qualité a été décidé suite aux résultats d'un audit interne ou externe.

Un plan Qualité est alors initié lors de la revue de direction. Les responsabilités et les ressources nécessaires sont définies, ainsi que la planification des tâches à effectuer sur un enregistrement PADAC (plan d'action d'amélioration continue).

Le suivi des plans Qualité est effectué en réunion de suivi avec le ou les responsable(s) du plan, les responsables des services diététique et restauration et le référent qualité de la DSEL (état d'avancement, réalisation des objectifs).

Suite à la seconde partie de la formation – actions avec la CEGOS le 11.06.04, un plan d'actions a été élaboré à partir d'un « rétro - planning » pour que tous les services de la DSEL soient prêts à être certifiés en avril 2005 (*annexe 14 – Plan qualité de mai 2004*).

- la planification « ordinaire » (ou planification des processus) : c'est l'organisation de la séquence d'activités d'un processus. La norme ISO 9001 version 2000 précise les exigences relatives à la planification « ordinaire » (voir paragraphe 7.1 de la norme – Planification des processus de réalisation). La norme précise également en note que cette planification ordinaire peut s'appeler « plan qualité » : il s'agit bien de l'organisation des tâches relatives à la réalisation des produits (et services). La planification « ordinaire » vise la réalisation des résultats attendus du processus de réalisation concerné. Il existe également une planification « ordinaire » relative aux processus fonctionnels : le plan de formation et le programme des audits internes, par exemple.

Les activités des processus doivent se dérouler de façon planifiée, c'est-à-dire documentée. Mais, comparativement, les exigences de planification sont développées

pour les processus de réalisation et réduites pour les autres processus, hormis le « processus » d'audit interne.

Concrètement, la planification « ordinaire » actuelle concerne soit des tâches liées directement aux services diététique et restauration de la DSEL, soit des tâches liées aux processus supports (maintenance, hygiène, formation, transport, fourniture de linge) ou des tâches liées au management de la qualité (audits). Ce sont des tâches courantes qui se produisent quotidiennement ou à intervalles définis et qui sont effectuées à l'aide de formulaires spécifiques.

5.2 Une planification des objectifs et des ressources

Il est précisé dans le manuel Qualité de la DSEL que la politique Qualité est précisée chaque année en revue de direction. Les objectifs Qualité opérationnels et les objectifs stratégiques sont enregistrés et suivis à l'aide d'un tableau de bord à partir de l'année 2004.

Ces objectifs seront suivis à l'aide de tableaux de bord en conformité avec la norme ISO 9001 version 2000.

Les objectifs Qualité opérationnels portent par exemple pour l'année 2004 :

➤ Pour les services diététique et restauration :

- augmenter le nombre de patients satisfaits ;
- diminuer le nombre de ruptures de stock ;

➤ Pour le service diététique :

- diminuer le taux des patients n'ayant pas compris leur régime ;
- diminuer le taux de non-conformités pour ce qui concerne les menus ;

➤ Pour le service restauration :

- diminuer le nombre de produits finis jetés ;
- diminuer le taux des plateaux non conformes ;
- diminuer le nombre de retards par rapport aux horaires prévus ;
- augmenter le nombre d'agents formés à l'HACCP ;
- diminuer le nombre de non-conformités sur le plan hygiène.

Chacun de ces objectifs Qualité opérationnels est ensuite suivi par un indicateur chiffré permettant de suivre, en revue de direction, l'avancée de la réalisation des objectifs annuels. Lors du pré-audit de la fonction nutrition – restauration du 5 mars 2004, il a été

indiqué que les objectifs étaient bien définis et mesurables ; néanmoins, il a été précisé qu'il n'était pas nécessaire d'augmenter le niveau des exigences si le résultat n'a pas été atteint à la précédente échéance.

En fonction de la nature des objectifs retenus, des ressources matérielles ou humaines sont accordées.

5.3 Vers une nouvelle politique des ressources humaines au CHIC?

Dans le cadre de la mise en place d'un système de management de la qualité, une attention toute particulière doit être apportée à la politique des ressources humaines. Elle est en effet fondamentale à plusieurs titres.

D'une part, plus elle sera développée et riche, moins il sera nécessaire de décrire précisément les procédures et modes opératoires des processus de réalisation. En effet, le fait d'assurer un tutorat efficace pour les nouveaux arrivants, de proposer un plan de formation adapté aux besoins et en définitive d'augmenter le niveau de qualification et de compétences du personnel sur leur poste de travail permet de répondre aux exigences de la norme avec une gestion documentaire moins lourde.

Lors du pré-audit de la fonction restauration - nutrition, il avait été considéré que la description des fiches de postes et de compétences étaient beaucoup trop générales et que certains items tels les compétences minimales requises et les qualités requises reprenaient les mêmes définitions pour des profils de poste différents (agent d'entretien spécialisé, maître ouvrier et agent chef). Ces fiches de postes ont subi des modifications et ont ensuite été considérés comme un point fort lors de l'audit de certification d'avril 2004.

Le dispositif ressources humaines mis en place par les services restauration et diététique comprend les éléments suivants :

- des fiches d'embauche avec une liste de questions pour mener des entretiens de recrutement.
- des fiches de postes avec une identification précise du poste occupé, ainsi que des missions permanentes et occasionnelles proposées.
- un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants et un planning à suivre sous la tutelle d'un référent (tutorat calé sur la période de stage statutaire).
- une fiche de suivi d'embauche par le référent.
- une fiche de validation de formation initiale du personnel (au bout d'un mois).
- des fiches de fonction ou fiches de tâches en fonction d'un planning.
- un plan de formation continue pour l'ensemble des agents.

- des fiches d'évaluation des formations.
- une fiche d'évaluation annuelle des agents en fonction de la fiche de poste, de l'auto-évaluation préalable réalisée par chaque agent et des objectifs assignés l'année précédente.
- un entretien individuel trimestriel pour faire le point sur les objectifs.

Il a été décidé en accord avec tous les pilotes de processus de la DSEL de généraliser ce dispositif pour les agents de la DSEL et le directeur adjoint chargé des ressources humaines a décidé de lancer un groupe de travail sur ce thème en partant du travail effectué par les services restauration et diététique.

D'autre part, la politique de ressources humaines doit apporter des réponses à des problèmes structurels³⁶ rencontrés dans les services. Ainsi, les ruptures dans la chaîne hiérarchique constituent un écueil pour les pilotes de processus (*annexe 15 - Schéma organigramme hiérarchique avant pyramidage*). Soit l'encadrement intermédiaire n'existe pas, auquel cas le responsable du service doit s'appuyer sur des agents d'exécution faisant fonction de cadre intermédiaire ; cette solution n'est pas satisfaisante car les agents ne sont pas formés pour les tâches d'encadrement qui leur incombent, ne bénéficient pas de la "protection" du grade par rapport à leurs collègues et ne sont pas rémunérés à hauteur de leur contribution. C'est le cas, par exemple du magasin général ou du service maintenance hygiène et logistique. Dans le cas du MHL, le responsable du service lui-même est dans un grade inférieur que ces homologues des autres services, alors qu'il encadre une vingtaine d'agents.

Soit l'encadrement intermédiaire est en place mais ne convient pas et le pilote de processus préfère s'appuyer sur les grades inférieurs. Ainsi, certains cadres intermédiaires ont bénéficié de promotions à l'ancienneté, sans pour autant être en mesure d'assumer les fonctions inhérentes à leur grade.

Toutes ces situations sont les manifestations d'une gestion des ressources humaines reposant sur l'ancienneté où les jeunes doivent faire leur preuve et attendre de lentement progresser dans la hiérarchie. Or, cette logique de la Fonction Publique se heurte depuis quelques décennies à une logique de gestion des emplois et des compétences qui est le socle sur lequel doit s'appuyer la démarche qualité.

³⁶ Toutes les théories successives de l'organisation ont plus ou moins mis l'accent sur le phénomène, pour elles central, des rapports hiérarchiques. CROZIER & FRIEDBERG s'interrogent sur le poids des relations croisées qui contraignent les agents sans qu'ils soient en situation de dépendance directe et assure une part non négligeable des contrôles dans les organisations.

C'est pourquoi, la DSEL et la DRH en accord avec le directeur général ont décidé de s'appuyer sur la démarche de certification pour fonder une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Il s'agit de défendre auprès des organisations syndicales l'idée selon laquelle la gestion des compétences n'est pas incompatible avec la gestion statutaire. La DSEL souhaite profiter du repyramidage en cours de la filière technique pour rapprocher les organigrammes hiérarchiques des services logistiques de la réalité des fonctions exercées (*annexe 16 – Schéma organigramme hiérarchique après pyramidage*). Pour que le projet puisse être validé par les représentants syndicaux, la direction souhaite mettre l'accent sur les revalorisations statutaires du bas de l'échelle hiérarchique. Pour la DSEL, l'objectif est de promouvoir les agents d'exécution faisant fonction de cadre afin d'être plus en phase avec la démarche qualité et de motiver le personnel méritant.

Bien entendu, il s'agit également de démontrer l'absence d'automatisme dans le "nouveau pyramidage" proposé : même si les critères statutaires doivent être satisfaits, les promotions sont aussi liées à des objectifs négociés avec chaque agent. Une formation de l'encadrement à l'évaluation est prévue pour les sensibiliser à une nouvelle manière d'apprécier les aptitudes de leurs collaborateurs. Ainsi, une évaluation annuelle des objectifs va prochainement être généralisée dans l'établissement.

5.4 Améliorer la cohérence du système grâce aux audits internes

Le terme lui-même vient du latin *auditio* (de *audire*, "entendre"). L'idée d'audit sous-entend une investigation approfondie, à partir de laquelle s'est progressivement constituée une série de supports pour vérifier si les orientations arrêtées sont suivies, si des procédures imposées sont appliquées, si les chiffres exprimant les résultats sont significatifs, et si leurs méthodes de calcul sont fiables.³⁷

La définition formulée par Lawrence B. SAWYER en résume bien les principes : "*Une appréciation indépendante des diverses opérations et contrôles d'une entreprise, pour déterminer si des politiques et des procédures sont suivies, si les normes établies sont atteintes ou dépassées, si les ressources sont utilisées de façon efficace ou économique, et si les objectifs de l'organisation sont atteints*"³⁸

³⁷ VATIER R., *Audit de la gestion sociale*, les Editions d'Organisation, Paris, 1988.

³⁸ SAWYER L. B., *The practice of modern internal auditing*, The Institute of internal auditors, Altamonte Spring Floride, Etats-Unis, 1981.

D'un point de vue méthodologique, selon Raymond VATIER, cinq points clés résument l'audit :

- Il part des faits et non des théories, c'est une démarche inductive.
- Il recherche les écarts par comparaison à un référentiel.
- Il en trouve la signification en détectant, à partir de ces écarts, les marques de l'efficacité, de la conformité et de la pertinence.
- Il décrypte le quantitatif et le qualitatif à partir d'éléments mesurables ou repérables.
- Il procède par approfondissements successifs selon un processus itératif (ou de répétition).

Le raisonnement s'appuie principalement sur la détection des écarts entre des objectifs et des résultats, ou entre des stratégies et des procédures (théoriques) et des pratiques (effectives).

Les apports d'un audit sont généralement de trois ordres. Il fournit essentiellement :

- des garanties sur la validité des résultats et des performances annoncées ;
- des constats concernant les forces, les faiblesses, et surtout une évolution chiffrée des risques courus, des dysfonctionnements et des dérives qu'ils causent ;
- des indicateurs, repères ou ratios de performances ou de résultats, de moyens, de climats significatifs de risques, d'opportunités de coûts et de dérives.

Des exigences de planification pour certains processus "fonctionnels" sont énoncées dans les généralités du chapitre 8 – Mesure, analyse et amélioration : l'organisme doit planifier et mettre en oeuvre les processus de surveillance, de mesure et d'amélioration. Ainsi, un programme d'audit doit être planifié, de façon à mener des audits à intervalles planifiés (voir 8.2.2 – Audit interne).

Le processus d'audit interne rythme la vie du système et vise à renseigner sur l'efficacité de sa mise en oeuvre. L'examen porte sur les processus établis et leur cohérence. L'aspect relationnel du processus d'audit lui confère un rôle particulier pour favoriser le développement de l'approche processus dans l'organisation.

Lors de la visite de l'auditeur de BVQI les 27 et 28.04.04 pour la fonction nutrition-restauration de la DSEL, il a été constaté une certaine incompréhension sur la distinction entre le pré-audit et l'audit interne. Pour l'équipe du CHIC, les deux notions étaient équivalentes. Or, l'audit de certification comme le pré-audit ou l'audit à blanc servent à mesurer le respect d'un système à une norme à la différence de l'audit interne qui vise à mesurer le respect de l'organisation à un système qualité interne. L'auditeur a ainsi

déploré l'absence de pool d'audit interne dans l'établissement, même si des audits internes étaient réalisés par des personnes ressources des services déjà certifiés.

L'auditeur a également précisé qu'il fallait construire un programme d'audit en fonction des points sensibles de l'établissement. En effet, le traitement doit être différencié en fonction du risque et de l'importance. Un plan d'actions doit ensuite être mis en place en fonction des écarts constatés.

Cet écart par rapport à la norme a été levé dès le lendemain par la présentation à l'auditeur d'un plan de formation d'un pool d'auditeurs et d'un programme d'audit prévisionnel. Accord a donc été donné pour délivrer la certification à la fonction nutrition – restauration qui a été confirmé par le comité de certification le 4 juin 2004 (*annexe 17 – Rapport d'audit BVQI*).

Malgré les assurances de l'auditeur de BVQI sur l'absence d'obligation par la norme de former les auditeurs internes, il est apparu utile d'organiser quatre jours de formation pour le pool car la démarche d'audit semble particulièrement marquée par la qualité de celui qui audite. Il doit toujours être un "expert", soit dans le domaine audité et/ou dans les démarches d'audit et doit être indépendant des activités opérationnelles.

CONCLUSION

Afin de réduire les effets néfastes d'un trop grand degré de différenciation à l'hôpital, il convient de poursuivre "l'intégration par les processus et les standards"³⁹ au travers de la démarche qualité, et plus particulièrement de la méthodologie de certification par les processus. La mise en place du système de management de la qualité de la DSEL doit être menée à terme, mais il est surtout essentiel de le faire vivre en donnant du sens à la démarche et en développant la culture de l'évaluation. Les bénéfices attendus en matière d'amélioration de la qualité des prestations, de motivation du personnel et d'efficacité des pratiques ne se manifestent qu'une fois le certificat obtenu lorsque le système de management de la qualité entre dans une phase de maturation. Il y a deux ans, la direction des services économiques et logistiques vivait une "qualité subie" car imposée par l'accréditation. Aujourd'hui, certains services sont fiers d'être déjà entrés dans une démarche active d'écoute client et d'amélioration continue de la qualité, tandis que d'autres vivent encore une qualité par rapport à l'application d'une norme qui les contraint à satisfaire à un certain nombre de critères de conformité.

Le plan Qualité du prochain projet d'établissement 2005-2009 prend acte de cette démarche de certification qui concerne à ce jour les services supports (logistiques et médico-techniques) et ambitionne de l'élargir à d'autres services administratifs et cliniques de l'établissement. C'est clairement l'application d'un management par l'exemple qui vise à placer les clients du CHIC au centre des préoccupations de tous ses services.

³⁹ M. CREMADEZ, Les clés de l'évolution du monde hospitalier, op. cit.

CREMADEZ a identifié différentes modalités d'intégration : l'intégration par la voie hiérarchique, l'intégration par les procédures et les standards et l'intégration par des ajustements mutuels.

Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement public de santé. Principes méthodologiques*, Paris : ANAES, 1996.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*, Paris : ANAES, 2000.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, Paris : ANAES, 2002.
- ALTER N., *L'innovation ordinaire*, Presses Universitaires de France, 2003.
- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Le Seuil, Paris, 1985.
- BRUN J., FROMENTIN D., *Qualité des soins : une approche ISO 9000*, Berger-Levrault, Paris, 1997.
- CHAUVET A., *Méthodes de management. Le guide*, Editions d'organisation, Paris, 1997.
- CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique*, Le Seuil, Paris, 1963/1971.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Le Seuil, Paris, 1977.
- CRUCHANT L., *La qualité, que sais-je?*, *Le point des connaissances nouvelles*, 2001.
- DIETER H., SEGHEZZI, *Elaboration de systèmes intégrés de management*, Information, Goldach, 1997.
- DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Le Seuil, Paris, 2002.
- DURIEUX P., FOURCADE A., *La démarche qualité en établissement de santé*, Les guides de l'AP-HP, Vélizy, 1997.
- FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Le Seuil, Paris, 1993.
- FRIEDBERG E., *A la recherche de l'organisation*, cédérom, Banlieues Média, 3 tomes, Paris, 2002.
- FRIEDMANN G., *Le travail en miettes*, Gallimard, Paris, 1958.
- GALIBERT M., ALLOUARD C., *Certification et management, mise en oeuvre et amélioration de la qualité*, Version 2000, Paris, 2000.
- GONNET F. & LUCAS S., *L'hôpital en question(s) – Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Editions Lamarre, 2003.
- HERMEL P., *Le management participatif. Sens, réalités, actions*, Editions d'organisation, Paris, 1998.
- HERNIAUX G., *Organiser la conduite de projet*, Paris : INSEP, 1992.

- JAMOUS H., *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Editions du CNRS, Paris, 1969.
- LETEURTRE H., PATRELLE I., *La qualité hospitalière*, Berger-Levrault, Paris, 1996.
- MARCH J. G. & SIMON H. A., *Les organisations*, Dunod, Paris, 1979.
- MINTZBERG H., *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, 1990.
- MINTZBERG H., *Le Pouvoir dans les organisations*, Editions d'Organisation, Paris, 1986.
- MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, Paris, 1982.
- MITONNEAU H., *Réussir l'audit qualité*. AFNOR, Paris, 1994.
- MITONNEAU H., *ISO 9000 version 2000 – Pour une pratique renouvelée du management de la qualité*, Edition Dunod, 2004.
- Mouvement Français pour la Qualité. *La qualité des processus*, Paris : MFQ, 1993.
- REYNAUD J.D., *Les Règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, A. Colin, Paris, 1989.
- SAINSAULIEU R., *L'identité au travail, Les effets culturels de l'organisation*, Presses de la FNSP, Paris, 1977.
- SAINSAULIEU R., *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Presses de la FNSP et Dalloz, Paris, 1988/1998.
- SAINSAULIEU Y., *Le malaise des soignants – Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan, 2003.
- SAWYER L. B., *The practice of modern internal auditing*, The Institute of internal auditors, Altamonte Sporing Floride, Etats-Unis, 1981.
- SUSSLAND W., *Le manager, la qualité et les normes ISO*, Presses Polytechniques et universitaires romandes, 2003.
- VANDEVILLE P., GAMBIER C., *Conduire un audit qualité*, Méthodologie et techniques, Paris : AFNOR, 1995.
- VATIER R., *Audit de la gestion sociale*, Editions d'Organisation, Paris, 1988.
- WEIL M., *Le management de la qualité*, 2001.

THESES, ARTICLES ET ETUDES

- BARRESI V., KLEIN F., FOLLEZ-LEIGHTON M., LAMORTHE C., GABILLAT C., TRANTHIMY L., Faut-il changer le management à l'hôpital?, *Décision Santé*, 2003, p 12 – 17.
- CLEMENT J-M., Histoire des pouvoirs à l'hôpital au XXème siècle, *Revue fondamentale des questions hospitalières*, 2000, p 5 – 25.

- COULIER J-P., PEREGO M., Pour un management de la qualité à l'hôpital, *Techniques Hospitalières*, n° 617, juin 1997.
- CREMADEZ M., Vers une nouvelle gouvernance hospitalière?, *Revue hospitalière de France*, 2003, p 42 – 49.
- CREMADEZ M., Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*, Mai 1987, n° 266, p 285 – 306.
- CROZIER M., DUPLAN N., PERINEL C., Les rapports humains : fondements de toute démarche qualité, *Retraite et Société*, 25 : 6 : 17, 1999.
- CROZIER M., LASSERRE A., PAVY G., Pour une stratégie de changement à l'hôpital, SMG France S.A., 1995, 48 p.
- FOURCADE A., RICOUR L., GARNERIN P., HERGON E., DURIEUX P., Place des référentiels ISO dans la mise en place des systèmes qualité à l'hôpital, *Cahiers médico-sociaux*, 39 : 321 – 337, 1995.
- MOINARD D., Diriger l'hôpital autrement, *Décision Santé – Stratégie Santé*, 2002, 23 p.
- NIZARD G., Techniques de management : « il faut de l'inédit ! », *Hospimédia*, 28 juin 2004
- SAINSAULIEU R., Culture et sociologie de l'entreprise, *Connexions*, fascicule Le changement en questions, 45 : 109 – 122, 1985.
- SETBON M., La qualité comme nouveau paradigme de l'action collective, *Sociologie du travail*, n° 42, p. 51 – 68, 2000.

Liste des annexes

ANNEXE 1

GROUPES PROJETS S'INSCRIVANT DANS LA DEMARCHE QUALITE

1 - Comités chargés des Vigilances

- C.L.I.N. (décret de 1988)
- Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (décret de 1994)
- Comité de Pharmacovigilance (décret de 1995)
- Comité de Matéiovigilance (décret de 1996)
- Comité du Médicament des dispositifs médicaux
- Commission Eau/Air/Travaux

2 - Groupes projets relatifs à la prise en charge du patient

- Commission du Dossier Médical
- Comité de Pilotage « Dossier de soins »
- Groupe de travail « Identité Patient »
- Groupe de travail « Livret d'Accueil »
- Groupe Antidouleur
- Fédération Oncologie
- Fédération des maladies respiratoires
- Commission de Conciliation
- Commission d'Ethique

3 - Groupes projets chargés de l'amélioration des fonctions logistiques

- Commission Linge
- Commission Aliments, remplacée par le C.L.A.N.
- Réunions HACCP en restauration
- Comité de Pilotage Déchet
- Commission Téléviseurs

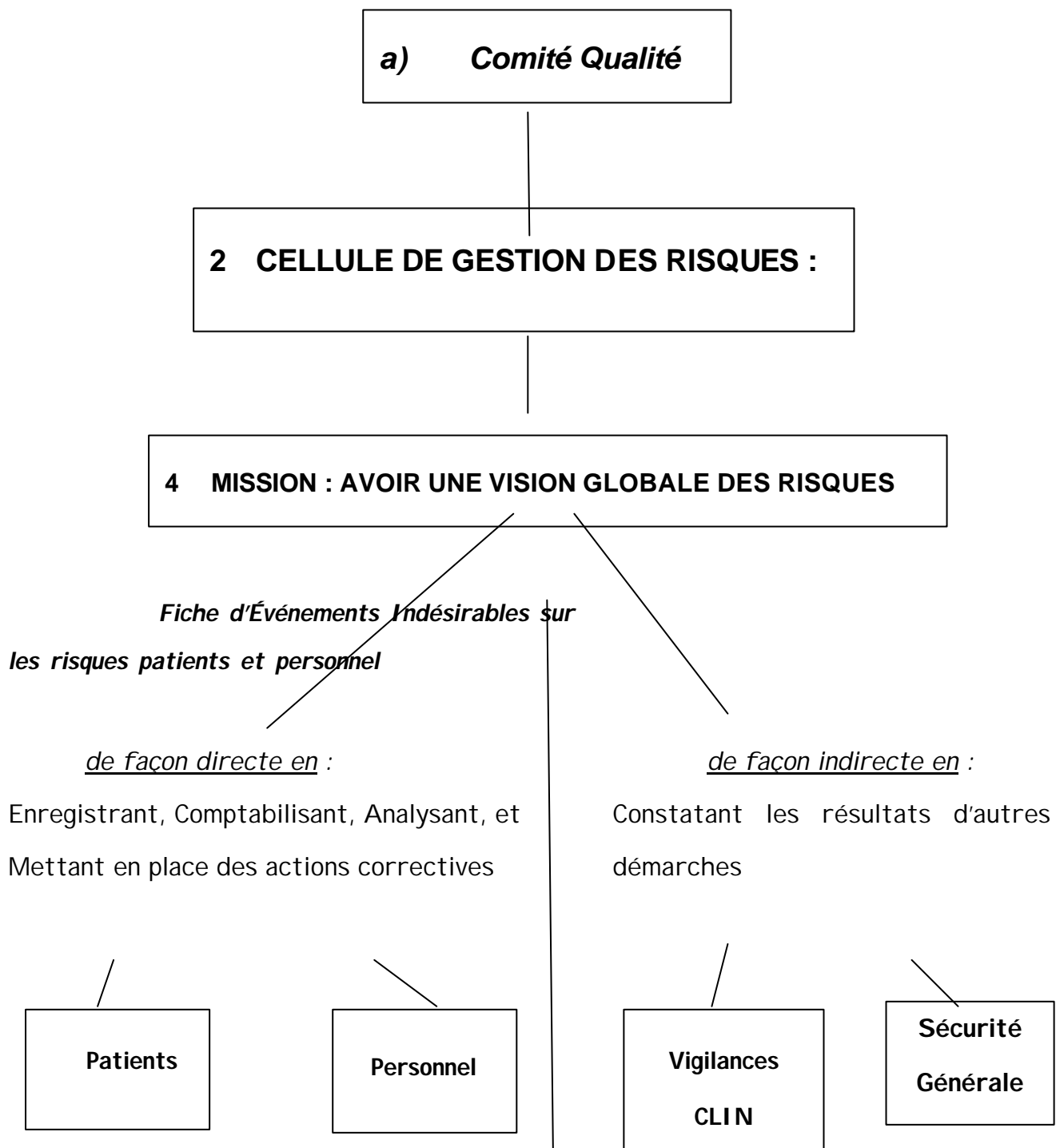
4 - Groupes projets chargés de l'amélioration des fonctions médico-techniques

- Cellules « Qualité » dans les laboratoires (mise en place et suivi des procédures G.B.E.A.)
- Groupe de travail G.B.E.A. et prélèvement.

ANNEXE 2

ORGANISATION DE LA GESTION DES RISQUES AU CHIC

ORGANISATION DE LA GESTION DES RISQUES AU CHIC



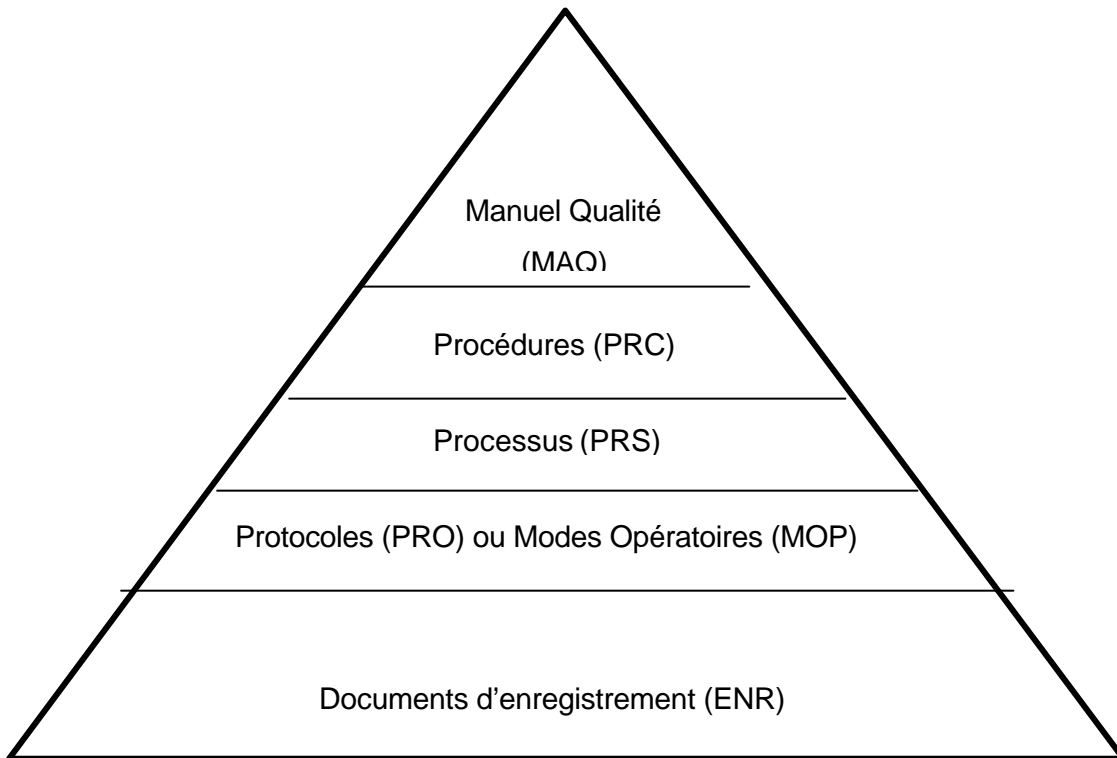
Cela implique une modification de la composition actuelle de la Cellule de Gestion des Risques en intégrant de façon occasionnelle, afin de faciliter la circulation de l'information :

- * le médecin du travail**
- * le coordonnateur des vigilances,**
- * le responsable sécurité générale.**

ANNEXE 3

STRUCTURE DU SYSTEME DOCUMENTAIRE

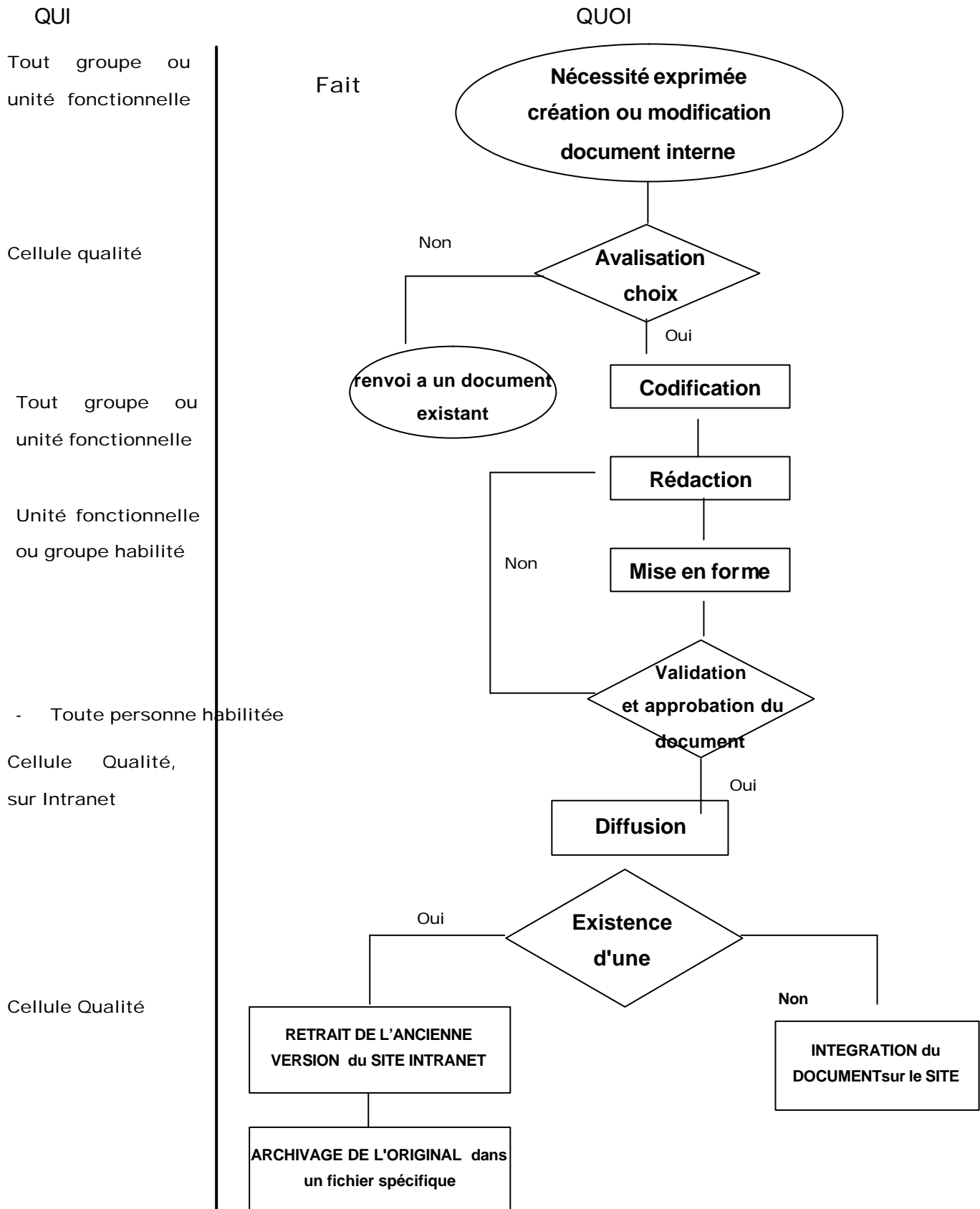
STRUCTURE DU SYSTEME DOCUMENTAIRE



ANNEXE 4

ELABORATION DE LA PROCEDURE DES PROCEDURES

ELABORATION DE LA PROCEDURE DES PROCEDURES



ANNEXE 5

PROCESSUS MANAGEMENT DE LA QUALITE

PROCESSUS MANAGEMENT DE LA QUALITE

	Définir la politique Qualité	Communiquer et animer	Piloter et agir	
QUI ?	Directeur DSEL	RQDSEL Directeur DSEL	Directeur DSEL	RQDSEL
AVEC QUI ?	Directeur Etablissement ; ANAES ; pilotes processus ?	Pilotes de processus, copilotes et tous les agents concernés	RQDSEL + pilotes de processus	Pilotes de processus
COMMENT ?	A partir du projet d'établissement ; Des recommandations ANAES ; Des résultats audits n-1 etc...	<ul style="list-style-type: none"> Présence aux réunions de process, réunions de services, Comité de pilotage déchets, Commission linge, CLAN etc... Site intranet 	Faire des revues de Direction et des Plans d'Amélioration Continue Intervention si nécessaire auprès des autres directeurs et notamment du Directeur	Planifier les audits internes Rédiger des NC si nécessaire auprès du Directeur de la DSEL
DOCUMENTS DE REFERENCES	MQ DSEL	PV réunions de processus PV réunions de services Comité de pilotage déchets, commission linge, CLAN etc... Mise à jour du site intranet	PADAC PV revues de Direction PRC Actions Préventives et Correctives	PRC Audits internes ENR « Planning audits internes » PRC Gestion des non conformités
RISQUES ?	Pas de démarche Qualité Pas d'objectifs clairement définis ni de déclinaisons par agents (intérêt de la certification ?)	Perte de retour terrain et lien Direction- Processus Métier	<ul style="list-style-type: none"> Dégradation de la Qualité Perte certificat ISO Perte de crédibilité de la politique Qualité Devenir des services logistiques 	Manque d'évaluation des processus métier Perte certificat ISO
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du MQ DSEL 1/an 	<ul style="list-style-type: none"> Présence 1/an aux réunions de revue de processus ou Comité de pilotage déchets, commission linge, CLAN etc... Mise à jour 1/trimestre du site intranet de la DSEL 	<ul style="list-style-type: none"> 2 revues de direction planifiées /an 	<ul style="list-style-type: none"> 1 audit réalisé tous les 18 mois par processus métier au minimum

ANNEXE 6

FICHE D'IDENTITE DE PROCESSUS DE LA FONCTION LINGE



CENTRE
HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
CRÉTEIL

ENREGISTREMENT

DEL/BLA/ENR/009

Version : A

Date d'application : 18/01/05

Page : 80/1

FICHE IDENTITE DE PROCESSUS

FONCTION LINGE

Corrigé le 19/05/2004

par :

Approuvé le

par.....

LE PILOTE : Responsable Fonction Linge

LES ACTEURS : Services Economiques et Logistiques : Achats, M.H.L : Transport du linge, Magasin général, Collecte des déchets : Désinfection.

PERI METRE DU PROCESSUS :

Expression du besoin et mise à disposition de linge en matières textiles : C.H.I. Créteil + CMP, à l'exclusion de la crèche du personnel.

DONNEES D'ENTREE :

Besoin du client, Prévision journalière de production.

DONNEES DE SORTIE :

Linge livré (Quantitatif, Qualitatif, délais)

PROCESSUS AMONT :

Application de la norme 14065 mai 2003 (Système de maîtrise de la biocontamination).

PROCESSUS AVAL : *Management de la qualité, Amélioration en continue, Contrats, Processus supports,*

QUELS CLIENTS DIRECTS ?

Cadres ou responsables de service, Unités Fonctionnelles (UF) et les patients,

QUELS BENEFICIAIRES ?

L'ensemble du personnel de l'hôpital et les patients.

ENJEUX, FINALITES DU PROCESSUS :

Hygiène, Confort, Qualité Visuelle et Sensorielle, Respect des délais des livraisons, Prix de revient du traitement du linge.

LES RESSOURCES :

Humaine : Formation du personnel, Conditions de travail : Ergonomie, **Achats** : Linge, Produits lessiviels et chimiques, **Matériels** : Maintenance, Achats pièces détachées, Renouvellement des matériels...

LES CONTRAINTES : (réglementaires, lois sociales, plan stratégiques, budget) :

Externe : Inspection du travail, protection de l'environnement, protocole sociale, directives diverses...

Interne : CLIN. Contrat, Manuel qualité du CHI C...

RISQUES LIES AU PROCESSUS :

Panne, Contamination du linge, rupture d'approvisionnement de linge neuf...

INTERCATIONS AVEC AUTRES PROCESSUS :

AUTRES PROCESSUS DE LA D.S.E.L.

DOCUMENTS ASSOCIES :

M.Q. du C.H.I de Créteil.

Norme européenne NF EN ISO 9001 décembre 2000. (Système de management de la qualité)

Norme européenne NF EN 14065 mai 2003. (Système de maîtrise de la biocontamination)

Les éléments d'approche méthodologique du Ministère de l'emploi et de la solidarité, du Ministère délégué à la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Considérant les remarques et observations des Experts -visiteurs de l'Agence Nationale pour l'Evaluation et l'Accréditation en Santé. (ANAES)

Références réglementaires

INDICATEURS DE PERFORMANCE (3 à 4 maximum) :

Taux de livraison hebdomadaire.

Enquêtes de satisfaction ou commissions linge.

Suivi des appels téléphoniques.

Sortie et enlèvement des armoires de linge...

OBJECTIF D'AMELIORATION ANNEE N :

Aucune rupture d'approvisionnement aux services des urgences.

Réduire les non-conformités et notamment en provenance des services clients (manque de linge, délais de réponse...)

ANNEXE 7

DESCRIPTION PAR ETAPES DES PROCESSUS DE REALISATION DE LA D.S.E.L.

PROCESSUS METIER : ACHATS/APPROVISIONNEMENT

PROCESSUS METIER →	RECENSEMENT DES BESOINS	ORDONNEMENT DES PROGRAMMES D'ACHATS ET CHOIX DES PROCEDURES	REDACTION CAHIER DES CHARGES	NOTIFICATION	COMMANDE	RECEPTION	EVALUATION	MISE A DISPOSITION
QUI ?	DSE	b) <i>CELLULE MARCHE</i>	DSE	PRM (personne responsable du marché)	DSE MAG	MAGASIN UF	DSE	MHL
AVEC QUI ?	-UF -MAG	-DSEL -DSIOA -TRAVAUX/EQUIPE -PHARMACIE	-LOGISTIQUE -UF	-COMMISION D'APPEL D'OFFRE -TRESORIER -DDASS -PRESTATAIRES			-UF -MAG	
COMMENT ?	REPLIR LE TABLEAU DE RECENSEMENT	-CONSOLIDER LES BESOINS -CALCULER LES SEUILS -MODE PATIATION PERTINENT -PRM VALIDE	REDIGER A L'AIDE D'UN CLASSEUR	UIILISER LE TRAITEMENT DE TEXTE	REPLIR ET ENVOYER UN BON DE COMMANDE	-CONTROLLER - ENREGISTRER	-REPLIR UNE FICE NC (voir MOP) -REUNIR LES FOURNISSEURS	
DOCUMENTS DE REFERENCES	(ENR) -HISTORIQUE CONSO UF -PREVISIONS -PROCEDURES	-CALENDRIER PREVISIONNEL (ENR) -MODE OPERATOIRE	CDC PRECEDENT MODIFIE	-ACTE D'ENGAGEMENT -MOP	-BON DE CDE (ENR) -PROCEDURES (ST/HS/ PRESTATIONS) ET MOP ASSOCIES	-BL (ENR) -BT (ENR) -BON DE CDE (ENR) -MOP	-CDC -NC (ENR) -PROCEDURES	
RISQUES ?	SOUS/SUR EVALUATION DES BESOINS	RUPTURES NON RESPECT DU CODE SANCTIONS	REPNSES INADAPTEES VICE DE PROCEDURE	NON PRESTATION NON PAIEMENT	RUPTURES DYSFONCTION DANS LES UF	QUANTITE QUALITE RUPTURES	RETRAVAILLE R AVEC LES MAUVAIS FOURNISSEURS	

PRM(personne responsable du marché), MOP(mode opératoire), ENR(enregistrement), CDC(cahier des charges), PRC(procédures), NC(non conformité)

PROCESSUS METIER: NETTOYAGE DES LOCAUX COMMUNS

Processus métier	Planification des taches	Choix du matériel	Commande de fourniture	exécution des travaux	Evaluation
QUI ?	Responsable MHL	Agents MHL	Responsable MHL	Agent du service MHL	Responsable MHL
AVEC QUI ?	Agent MHL Service client		DSEL		Cadre supérieur hospitalier
COMMENT ?	Planning prévisionnel annuel Planning activité hebdomadaire	Suivant planning Suivant secteur	Evaluation des besoins	MOP	Enquête de satisfaction
DOCUMENTS DE REFERENCES	MOP	MOP	Bons de demande	MOP	Bilan analyse et AC
RISQUES ?	Oubli de locaux	Pannes Matériel en inadéquation	Budgétaire	Infections nosocomiales	Non satisfaction client

PROCESSUS METIER: TRANSPORT DES MARCHANDISES

Processus métier	Réceptionner les demandes	Planifier des taches	Exécuter des travaux	Evaluer
QUI ?	Responsable MHL	Responsable MHL	Agent du service MHL	Responsable MHL
AVEC QUI ?	x	Agent MHL Service client	Agent MHL Service client	Agent MHL Service client
COMMENT ?	Groupe Wise Bons de travaux Téléphone	Planning prévisionnel annuel Planning activité hebdomadaire Demande ponctuelle	En fonction des priorités établies par le responsable MHL avec le matériel adapté, disponible etc...	Groupe Wise, téléphone
DOCUMENTS DE REFERENCES	Mails Bon de demande	ENR	MOP (fenwick, camion, transpalette...) Accident de travail, entretien et pérennité du matériel	ENR (simple, à définir permettant d'évaluer la satisfaction client) - non conformité NC/ AC -
RISQUES ?	Transport non effectué	Oubli, désorganisation	Oubli, désorganisation	Impossibilité d'analyser les motifs de non satisfaction client Pas d'amélioration possible

PROCESSUS METIER: TRANSPORT DES PATIENTS

Processus métier	REGULER	PRENDRE EN CHARGE	TRANSPORTER	EVALUER
QUI ?	Economat	agents du service ambulance ou prestataire privé	agents du service ambulance ou prestataire privé	Responsable service ambulance ou adjoint
AVEC QUI ?	Responsable service ambulance ou adjoint	Personnel des services de soins	Xxxx (cas exceptionnel : un médecin)	agents du service ambulance services de soins personne de l'Economat Directeur de la DSEL
COMMENT ?	En fonction de la disponibilité des agents du service ambulance	En fonction de l'état du patient (et sa contagiosité)	Véhicules ou chaises roulantes	Statistiques, ENR (nettoyage de véhicules), NC (non conformités), plaintes, enquête de satisfaction
DOCUMENTS DE REFERENCES	la note de service n° 15/2004 datée du 14 mai 2004.	Réglementation de la DDASS Bons de transport ENR MOP (tenue du personnel, lavage des mains etc...) MOP (si contagieux)	MOP et ENR entretien des véhicules ENR : liste du matériel	ENR tableau de bord du service
RISQUES ?	Augmentation du nombre de prestation privée ; attente des patients, mauvaise organisation du service des ambulances	santé du patient mise en jeu, Inadaptation du mode de transport, perte de temps pour chercher le matériel Contamination de l'environnement et du personnel	risque d'infections nosocomiales (plaintes) Image de marque,	Diminution de la Qualité, Manque de satisfaction des services de soins démotivation du personnel

PROCESSUS METIER : ENTRETENIR, RENOVER L 'ENVIRONNEMENT ET LES ESPACES VERTS

PROCESSUS METIER	PLANIFICATION DES TRAVAUX	CHOIX DU MATERIEL ET DES SECTEURS	DEMANDE. FOURNITURES PIECES	EXECUTION DES TRAVAUX.	EVALUATION AMELIORATION ET SUIVIE.
QUI ?	RESPONSABLE DU SERVICE	AGENTS DU SERVICES	RESPONSABLE DU SERVICE	AGENTS DU SERVICE	RESPONSABLE DU SERVICE
AVEC QUI ?	AGENTS DU SERVICE BESOIN DES SERVICE HOSPITALIER ANNEXES		DSEL ECONOMAT	PRESTATAIRES (ELAGAGE)	SERVICE HOSPITALIER CADRE SUPERIEUR
COMMENT ?	SAISONS PLANNING DES TRAVAUX HORTICOLES ROTATION DES MASSIFS	SUIVANT TRAVAUX ET SECTEURS	RECENSEMENT DES BESOINS REMPLIR ET ENVOYER UN BON DE DEMANDE (FOURNITURE PIECES)	QUALIFICATION DES AGENTS FORMATION FICHE DE POSTES	ENQUETE DE SATISFACTION

DOCUMENTS DE REFERENCES	PLANNING	MODE OPERATOIRE MODE EMPLOI ENREGISTREMENTS	BON DE DEMANDE (FOURNITURE, PIECE MAINTENANCE REPARATION GROS MATERIEL SUIVANT DEVIS	PLANNING PLAN HOPITAL CLASSEUR DOCUMENT MODE OPERATOIRE ENREGISTREMENT	BILAN D'ACTIVITE. ENQUETE DE SATISFACTION
RISQUES ?	RETARD DANS LE PLANNING	CLIMATIQUE MAUVAIS CHOIX MATERIEL	BUDGETAIRE	BUDGETAIRE HUMAINES ET MATERIELS CLIMATIQUE	NON SATISFACTION DU CLIENT

PROCESSUS PREVENTION DES ATTEINTES AUX PERSONNES OU AUX BIENS

	Définition d' une politique de prévention	Choix des moyens et mise en œuvre des actions	Evaluation
QUI	Directeur des services économiques et logistiques	Responsable sécurité générale	Responsable sécurité générale
AVEC QUI	Responsable sécurité générale	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Agents de sécurité et agents d'accueil barrière ◆ Ensemble des services concernés (soins, administratifs...) ◆ Services techniques ◆ Police, gendarmerie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Directeur des S.E.L. ◆ Directeur du CHIC (CHSCT)
COMMENT	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Analyser les statistiques ◆ Prendre en compte des évènements antérieurs et des évènements prévisibles 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Choisir les prestataires ◆ Assurer les missions définies ◆ Utiliser les moyens mis à disposition 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nombre et type d'interventions
DOCUMENTS DE REFERENCES	Législation	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cahier des charges ◆ Fiches de poste ◆ MOP / PRC / ENR 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bilan annuel d'activités
RISQUES	Plaintes contre l'établissement	Augmentation des incidents ou de leur gravité	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Absence d'évolution ◆ Inefficacité ◆ Remise en cause de la politique et des moyens mis en œuvre
INDICATEURS	Volume des réclamations ou plaintes justifiées	Statistiques mensuelles des événements (tableau de bord)	Bilan annuel d'activités

PROCESSUS TRAITEMENT DES INCIDENTS

	Transport sur les lieux	Gestion de l'évènement	Suivi du dossier	Analyse et mesures correctives
QUI	Agents de sécurité	Agents de sécurité	Responsable sécurité générale	Responsable sécurité générale
AVEC QUI	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Responsable sécurité générale ◆ Police / gendarmerie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Responsable sécurité générale ◆ Personnel des services ◆ Police / gendarmerie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Victime ◆ Police ◆ D.S.E.L. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Directeur des S.E.L. ◆ Directeur du CHIC ◆ Agents du service sécurité générale
COMMENT	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Transport sur le lieu de l'incident 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traitement de l'incident ◆ Conseil aux victimes ◆ Accompagnement 	Maintien du contact avec la victime et le service de police jusqu'à clôture du dossier	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Analyse des évènements, recoupements, et mise en place de moyens adaptés (humains & matériel).
DOCUMENTS DE REFERENCES	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fiche d'intervention (MOP) ◆ Registre d'interventions (ENR) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Droit à la légitime défense ◆ Fiche « conseil aux victimes » 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Rapport d'intervention (ENR) ◆ Questionnaire victime ? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Statistiques mensuelles (ENR) ◆ Bilan annuel –rapport d'activité + perspectives- (ENR)
RISQUES	Aggravation de l'incident	Sentiment d'insécurité chez la victime	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mauvaise image de marque de l'hôpital. ◆ Inefficacité des relations avec les services de polices 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Récidive ◆ Multiplication des incidents
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire satisfaction du personnel ◆ Volume des réclamations 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire satisfaction du personnel et des victimes ◆ Volume des réclamations 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire satisfaction victime ◆ Volume des réclamations 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Statistiques mensuelles ◆ Bilan annuel

FICHE IDENTITE DE PROCESSUS
COLLECTE DES DECHETS

LE PILOTE

LES ACTEURS Agents du service collecte des déchets- DSEL- prestataires de Services- tous les services de l'établissement-

PERIMETRE DU PROCESSUS :

Données d'entrée:

Exigences des clients- Besoins des services-(conteneurs)

La réglementation concernant les déchets

Données de sortie

Satisfaction des clients- Respect de la réglementation en vigueur-

Collecter et vider les bacs de déchets

Mettre à disposition en permanence des conteneurs vides et propre sur les lieux

De pré-stockage des déchets

QUELS CLIENTS DIRECTS ?

L'ensemble des services de l'hôpital, et notamment les cadres des unités

De soins-

QUELS BENEFICIAIRES ?

L'ensemble du personnel de l'établissement, les patients, les visiteurs

ENJEUX, FINALITES DU PROCESSUS (qualité, délai, coût)

-L'hygiène/ Déchets collectés-en temps et en heure-

Régularité et rapidité dans les délais d'interventions,

LES CONTRAINTES Réglementaires Lois sociales Plan stratégiques, Budget

Toxicité des produits, Contraintes liés aux déchets- Le code du travail

RISQUES LIES AU PROCESSUS

Blocage des processus logistiques, Impact sur les services de soins,

Infections nosocomiales, Contaminations environnementales, Accidents du travail,,

Pénalités financières (tri des déchets)

INTERACTIONS AVEC AUTRES PROCESSUS

- Transport- espaces verts-

DOCUMENTS ASSOCIES livret déchets- protocoles du C-L-I-N

INDICATEURS DE PERFORMANCE (3 à 4 maximum)

Fiches de non conformité. Assurer 70% de l'approvisionnement en conteneurs

Assurer 60% du nettoyage et de la maintenance des conteneurs

Grilles d'évaluations, Enquêtes satisfaction clients

OBJECTIF D'AMELIORATION ANNE N

Moins de plaintes. Etre réactif aux indicateurs et mise en place d'actions correctives

Etre réactif aux enquêtes satisfaction clients

PROCESSUS MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fonction Linge

Processus métier	Planification des taches	PRODUCTION	Relation / Client	Evaluation
QUI ?	Responsable Fonction Linge	Responsable tri/lavage	Responsable Fonction Linge	Responsable Fonction Linge
AVEC QUI ?	c) <i>Adjoints</i> Responsable secteur	Agents blanchisserie	Responsable Expédition Responsable Approvisionnement Agent blanchisserie	Membre de la commission linge
COMMENT ?	d) <i>A partir des besoins des clients</i>	A partir du planning journalier	Visites dans les services Information sur la mise en service de linge neuf	Réunion Enquête de satisfaction
DOCUMENTS DE REFERENCES	Méthode R.B.C. Processus Procédures Mode Opératoires Enregistrements Documents annexes	Processus Procédures Mode Opératoires Enregistrements Documents annexes	Enregistrements Bordereau de livraison hebdomadaire	Enregistrements
RISQUES ?	Ruptures d'approvisionnement de linge neuf Budgétaire Contamination du linge Sortie des armoires	Panne machine Effectif insuffisant Stock tournant insuffisant	Retard de livraison Quantité insuffisante	Non-satisfaction client
INDICATEURS	Suivi des dépenses Contrôle microbiologique Suivi des sorties des armoires	Suivi réalisation maintenance Effectif minimum par poste Planning prévisionnel de production	Nombre d'appels téléphoniques TL ou ML Enlèvements des armoires Taux de livraison journalière	Résultat de l'enquête de satisfaction Analyse des non-conformités Actions correctives

ANNEXE 8

TABLEAU D'INTERACTION DES PROCESSUS

Tableau d'interactions des processus

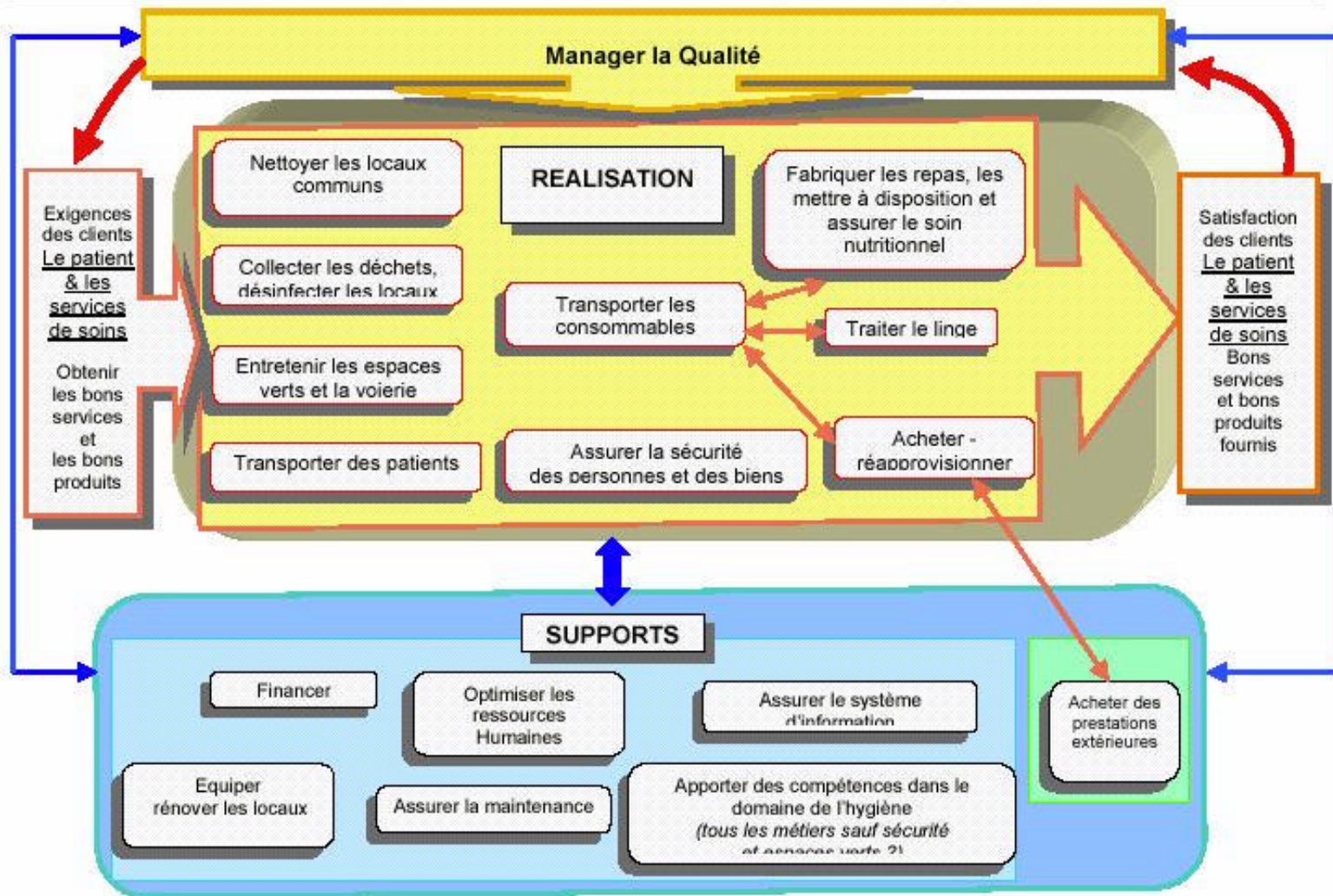
	Conception des menus et régimes	Soin nutritionnel	Informatique Repas	Fabrication	Distribution	Achats/ Approvisionnement	RH / Formations	Hygiène	Informatique	Blanchisserie	Maintenance	Transports MHL	Management de la Qualité
Conception des menus et régimes		8	8	8	8	8	8		8				8
Soin nutritionnel	8		8	8	8	8	8	8	8				8
Informatique Repas	8	8		8	8	8	8		8				8
Fabrication	8	8	8		8	8	8	8			8		8
Distribution		8	8						8		8	8	8
Achats/ Approvisionnement	8	8	8	8									8
RH / Formations	8	8	8	8				8					8
Hygiène		8		8			8			8	8	8	8
Informatique	8	8	8		8								8
Blanchisserie								8					8
Maintenance				8	8			8				8	8
Transports MHL					8			8			8		8
Management de la Qualité	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

ANNEXE 9

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DE LA D.S.E.L.

CARTOGRAPHIE

Direction des Services Economiques et Logistiques



ANNEXE 10

CONTRAT INFORMATIQUE

CONTRAT INFORMATIQUE

Contrat entre les soussignés :

La Direction des Services Economiques et Logistiques (DSEL) du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
représentée par le Directeur Adjoint des Services Economiques et Logistiques.

et

La Direction des systèmes d'information, de l'organisation et des archives (DSIOA) du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
représentée par le Directeur Adjoint de la Direction des systèmes d'information, de l'organisation et des archives.

5.5 DUREE DU CONTRAT : 1 AN ET RECONDUCTIBLE.

A) Article 1 : Le logiciel metier

Sur la base des besoins exprimés par les services Diététique et Restauration, la DSIOA s'engage à fournir les outils informatiques (logiciels et matériels associés) qui sont les mieux à même de répondre à ces besoins, compte tenu de l'état du marché et des ressources disponibles.

La DSIOA veille particulièrement à l'intégration la plus optimale possible de ces outils avec l'ensemble du système d'information hospitalier, notamment en ce qui concerne la gestion patient.

b) Article 2 : UTILISATION ET MAINTENANCE DES APPAREILS INFORMATIQUES

- Les équipes des services Diététique et Restauration s'engagent à utiliser le matériel et les logiciels informatiques conformément aux règles de bon usage et conformément à la Charte de sécurité informatique - c. f. note 009-2003 disponible sur le site natacha - rubrique Système d'Information.
- Les services Diététique et Restauration s'engagent à signaler dans les meilleurs délais tous dysfonctionnements en appelant le poste 5766.
- La DSIOA assure de maintenir un bon état de fonctionnement tous les appareils informatiques (ordinateurs, imprimantes...) des services Diététique et Restauration. A cet effet, elle souscrit les contrats de maintenance nécessaires.
- La DSIOA s'engage à communiquer aux services Diététique et Restauration l'état d'avancement de résolution des problèmes rencontrés.

c) Article 3 : formation du personnel


Dans le cadre du plan de formation continue du personnel voire sur proposition de la DSIOA, des formations sur l'utilisation des logiciels usités sont proposées à tout agent des Services Diététique et de Restauration travaillant sur ordinateur qui en exprime le besoin.

Cette formation sera validée par le responsable du service concerné.

d) Article 4 : CONFIDENTIALITE

Les agents des Services Diététique et de Restauration considèrent comme strictement confidentielles, et s'interdisent de divulguer, toute information, toute donnée, dont ils pourront avoir connaissance à l'occasion de l'utilisation de l'outil informatique.

Pour cela, les cadres des services Diététique et Restauration s'engagent à faire respecter par leurs équipes les dispositions de la Charte de sécurité informatique

	Enregistrement	Code: HOP/DEL/ENR/004 Page: 2/2
CONTRAT INFORMATIQUE		

e)

Article 5 : sauvegarde des DONNEES

Conformément à la déclaration faite à la CNIL, les moyens nécessaires sont mis en œuvre pour pallier la perte ou l'altération des données informatiques et pour maîtriser les supports des données informatiques :

- Accès internet contrôlé par un pare-feu (firewall).
- Prévention et détection de virus,
- Sauvegardes périodiques et conservation sécurisée de ces sauvegardes sur 2 lieux différents géographiquement distincts,
- Droits d'accès aux données et aux fonctions du système par des mots de passe gérés en central par le Service Informatique,
- Protection physique de l'environnement (incendie, intrusion),
- Accès sécurisé aux locaux informatiques par code.

f)

Article 6 : REVUE DE CONTRAT

Le dit contrat fait l'objet chaque année à sa date anniversaire d'une revue d'évaluation. A cette occasion, l'analyse de l'utilisation des logiciels peut conduire à des propositions de formation.

Fait au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, le.....

En double exemplaire, signé avec la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

Directeur Adj. de la DSIOA.

Directeur Adj. de la DSEL.

ANNEXE 11

ENQUETE SATISFACTION CLIENTS RELATIVE A L'ENVIRONNEMENT

ENQUETE SATISFACTION CLIENTS RELATIVE A L'ENVIRONNEMENT
Enquête semestrielle

Bâtiment	Descriptif du périmètre des locaux concernés.....
Date.....	Cadre supérieur rencontré.....

A. ASPECT VISUEL DE LA PROPETE

1. LES ABORDS DU BATIMENT

	Négligé	Parait propre	Soigné	Impeccable
Voiries (déchets, papiers, bouteilles, mégots.....)				
Commentaires				
Escaliers extérieurs				
Commentaires				
Espaces verts (tontes pelouse, taille)				
Commentaires				

2. LES PARTIES COMMUNES INTERIEURES

	Négligé	Parait propre	Soigné	Impeccable
Hall, paliers				
Commentaires				
Circulations				
Commentaires				
ascenseurs				
Commentaires				
Sanitaires publics				
Commentaires				

3. LES LOCAUX DE PRESTOCKAGE DES DECHETS

Intérieur/extérieur/ Communs....	Négligé	Parait propre	Soigné	Impeccable
Local 1(lieu)				
Local 2(lieu)				
Local 3(lieu)				
Local 4(lieu)				

Commentaires

B. ASPECT BRUIT

Remarques éventuelles concernant le bruit du fait des activités

Espaces verts	
Entretien	
Collecte des déchets	

C. ASPECT ODEUR

Remarques éventuelles concernant les odeurs du fait des activités

Espaces verts	
Entretien	
Collecte des déchets	

SATISFACTION GLOBALE RELATIVE A L'ETAT DE L'ENVIRONNEMENT

satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Insatisfaisant	Plutôt insatisfaisant
Commentaires			

ANNEXE 12

REVUE DE DIRECTION DE LA FONCTION NUTRITION-RESTAURATION N° 1 du 3 février 2004

PV REVUE DE DIRECTION

REVUE DE DIRECTION DE LA FONCTION Nutrition - Restauration n° 1 du 3 février 2004

Liste des participants prévus

Participants :

Directeur de la DSEL
Responsable du service Diététique,
Responsable du service Restauration,
Réfèrent qualité DSEL
Qualificienne – Cellule Qualité

Invité :

QUESTIONS	DEBAT	DECISION	RESPONSABLE	ECHEANCE
Introduction	Distribution du MQ DSEL aux personnes responsables de Service + signataires	Prévoir une version B du MQ de la DSEL Transmettre toutes remarques utiles	RQ	
Point 1 : Bilan année 2003 <u>1. Actions engagées dans le cadre du CLAN</u>	L'ensemble des actions prévues sur l'année 2002-2003 est fait ou en cours : le bilan global est particulièrement positif. Le CLAN composé notamment de médecins, de cadres..., est une forme d'écoute client, un relais institutionnel. La participation active des CLAN de secteurs et l'implication forte des diététiciennes permet d'engager une dynamique. Pour 2004 : Actions en cours à terminer (7) et à prévues (5) à engager -aspect médical : protocoles relatifs à la dénutrition - aspect logistique heure de repas du soir	Inviter le président du CLAN à la prochaine revue de Direction		29 juin 2004

QUESTIONS	DEBAT	DECISION	RESPONSAB LE	ECHEAN CE
<p><u>2. Tableaux de bord de pilotage des processus</u></p>	<p>1. Avoir un taux de patients satisfaits objectif 80% <u>Soins nutritionnels</u>: c.f. <i>documentation bilan des questionnaires</i> ➤ résultats : 69% patients hospitalisés en janvier 2004 Points positifs : nombre de passage, éducation claire Points négatifs : difficultés d'application des connaissances</p> <p>➤ résultats 96% pour les consultations en janvier 2004 Points positifs : amabilité, déroulement, clarté Points négatifs : démarches avant le RV, attente</p> <p><u>Fabrication</u> : résultats : 86 % au dernier trimestre 2003 Points positifs Amélioration ressentie sur l'assaisonnement Points négatifs : choix du menu</p> <p>2. Avoir moins de rupture de stock <u>service diététique</u> objectif <20 par an résultat janvier 4 Cependant le patient n'a pas souffert de ces ruptures, car des produits de substitution sont prévus (AC); la sensibilisation du personnel médical a sans doute favorisé les prescriptions. <u>Service restauration</u> objectif <120 résultat janvier 10 : impact plus lourd compte tenu du nombre de patients concernés</p>	<p>Pour fixation des objectifs 2004 : voir point 2</p> <p>Communiquer au personnel les points positifs et les points à améliorer</p> <p>Le processus « achat approvisionnement » reste à améliorer : projet d'amélioration à proposer Les NC sont-elles transmises à la cellule achats ?</p>	<p>Resp. Rest. + Resp Diét</p>	
	<p>3. Avoir un taux de patients ayant compris leur régime <u>Soin nutritionnel</u> objectif : 70 % résultat : 83 % L'éducation concernant le diabète (sucres lents) est à améliorer</p> <p>4. Diminuer le nombre de non conformité / menus <u>Conception des régimes et des menus</u> : objectif <6 par an En janvier : 1 erreur ; AC : contrôle magasin Restauration</p> <p>5. Diminuer la quantité de produits finis jetés <u>Fabrication</u> objectif <12000 ; En janvier : 1800 Le respect du choix du patient est prioritaire et le choix est tardif par rapport à la fabrication ; le nombre de menus est important : choix politique à faire</p> <p>6. Diminuer le nombre de plateaux non conformes <u>Distribution</u> objectif <9000 En janvier 70 ; la fiche de suivi chariot a débuté courant janvier</p>	<p>Calculer le pourcentage budgétaire Discussion nécessaire sur ce point avec M. Soulié</p>	<p>Resp. Rest</p>	

QUESTIONS	DEBAT	DECISION	RESPONSAB	ECHEANC
-----------	-------	----------	-----------	---------

			LE	E
	<p>7. Diminuer le nombre de retard (appel des diététiciennes pour transmission d'information <u>Informatique repas</u> objectif <104 En janvier 10 Incidence sur la chaîne et la distribution</p> <p>8. Tous les agents doivent avoir faits une formation HACCP <u>Formation</u> résultats : 100 %</p> <p>9. Diminuer le nombre de NC <u>Hygiène</u> : 0 NC: excellents résultats</p>	Résultat limite : rappeler le fonctionnement au personnel	Resp. Rest	
3 <u>Analyse des réclamations et informations émanant des clients - enquête de satisfaction, NC)</u>	Le retour du questionnaire de sortie des patients (émanant du livret d'accueil) comporte des remarques manuscrites	Expression libre des patients à analyser	Responsables de service	Février 04

Point 2 : Fixation objectifs 2004	<p>En ce qui concerne le CLAN : aspect médical ; horaires des repas ; choix du patient ; matériel installé dans les service (à étendre)</p> <p>1^{er} objectif : taux de patients satisfaits à objectif 2004 : 85%</p> <p>2^{ème} objectif : / nombre de rupture de stock: <u>Service Diététique</u> à objectif 2004 : €20 par an <u>Service Restauration</u> objectif 2004 : €120 par an</p> <p>3^{ème} objectif : taux de patients ayant compris leur régime à objectif 2004 : 80%</p> <p>4^{ème} objectif : NC/ menus : à maintenir à objectif 2004 €6</p> <p>5^{ème} objectif : produits jetés à objectif 2004 €12000</p> <p>6^{ème} objectif : plateaux non conformes à objectif 2004 €9000</p> <p>7^{ème} objectif/ informatique repas : à maintenir à objectif 2004 €104</p> <p>8^{ème} objectif /formation : à maintenir à objectif 2004 indice 1</p> <p>9^{ème} objectif/hygiène : à maintenir à objectif 2004 NC€4</p>	<p>A présenter sous forme de tableau de bord</p> <p>Atteindre les objectifs fixés</p>	Responsables de service	Mars 2004
				Fin 2004

QUESTIONS	DEBAT	DECISION	RESPONSABLE	ECHEANC
------------------	--------------	-----------------	--------------------	----------------

				E
Point 3 : Programme actions 2004	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer des actions correctives et un plan d'amélioration concernant <ul style="list-style-type: none"> 2Les ruptures de stocks 2Les quantités jetées ➤ Déterminer les points forts et les points à améliorer issus des résultats des enquêtes de satisfaction Proposer des actions d'amélioration En juin 2004, une analyse pourra être faite au regard de la situation de janvier.	PADAC en pièce jointe à écrire	Resp. Rest. + Resp Diét Resp. Rest. + Resp Diét	10 mars 2004
Point 4 : Audits, préaudits certification	Date de préaudit : 5 mars 2004 : auditrice :Mme BEAUMONT Audit de certification : 28 et 29 avril 2004 : auditeur M. GRUBER Attente d'un programme plus précis pour la disponibilité de chacun	Transmettre dès réception des informations	RQ	
Point 5 : Questions diverses	M. Soulié insiste pour que chaque agent soit informé ; Pour le mois d'avril, le plan d'action doit être décliné pour chaque agent des services Diététique et Restauration	PV à diffuser auprès du personnel En restauration, les objectifs doivent être déclinés pour chaque contremaître puis pour chaque agent	Responsables de service Resp. Rest.	Fin mars 2004

Programmation de la 2^{ème} revue de direction 29 juin 2004 : Nutrition -Restauration

Objectifs : se référer au MQ DSEL

Analyse des tableaux de bord au regard des objectifs fixés

ANNEXE 13

PLAN D' ACTIONS DES ACTIONS CORRECTIVES ETABLI SUITE A LA REVUE DE DIRECTION DE LA FONCTION NUTRITION-RESTAURATION N° 1 du 3 février 2004

PADAC Etabli suite à la REVUE DE DIRECTION DE LA FONCTION Nutrition-Restauration n° 1 du 3 février 2004

Numéro	Intitulé de l'action	Commentaire	Responsable	Echéance
1	Engager la quasi totalité des actions du CLAN			FIN 2004
2	Présenter une analyse des ruptures de stocks complétée par un plan d'action permettant de les limiter		Resp. Rest. + Resp Diét	Mars 2004
3	Présenter une analyse des quantités jetées complétée par un plan d'action permettant de les limiter		Resp. Rest.	Mars 2004
4	Présenter le tableau de bord émanant de la revue de direction du 3.02.2004		Resp. Rest. + Resp Diét	Mars 2004
5	Faire un bilan d'étape en milieu d'année			le 29.06.2004
6	Atteindre les objectifs fixés			fin 2004
7	Service diététique Actions à améliorer issues des enquêtes de satisfaction <u>Hospitalisation</u> ➤ Informer systématiquement le patient de la raison de l'intervention de la diététicienne ➤ Augmenter le nombre de nouvelles connaissances acquises par le patient dans le cas du diabète. ➤ Revoir les questions posées.	Rôle du médecin des soignants, de la diététicienne.	Resp Diét	fin 2004
8	<u>Consultation</u> ➤ Informer systématiquement le patient de la raison de l'intervention de la diététicienne ➤ Revoir les questions posées.	Méthode à revoir, à moduler en fonction des prochaines enquêtes. Idem.		fin juin 2004
9	Service restauration Actions à améliorer issues des enquêtes de satisfaction ➤ 1)Adapter les repas et les quantités aux différents types de patients.		Resp. Rest.	1)Décembre 2004
10	➤ 2)Améliorer le choix des condiments en fonctions des régimes et des produits disponibles chez nos fournisseurs.			2) Juin 2004
11	➤ 3)Améliorer la qualité gustative des repas.			3)Décembre 2004

ANNEXE 14

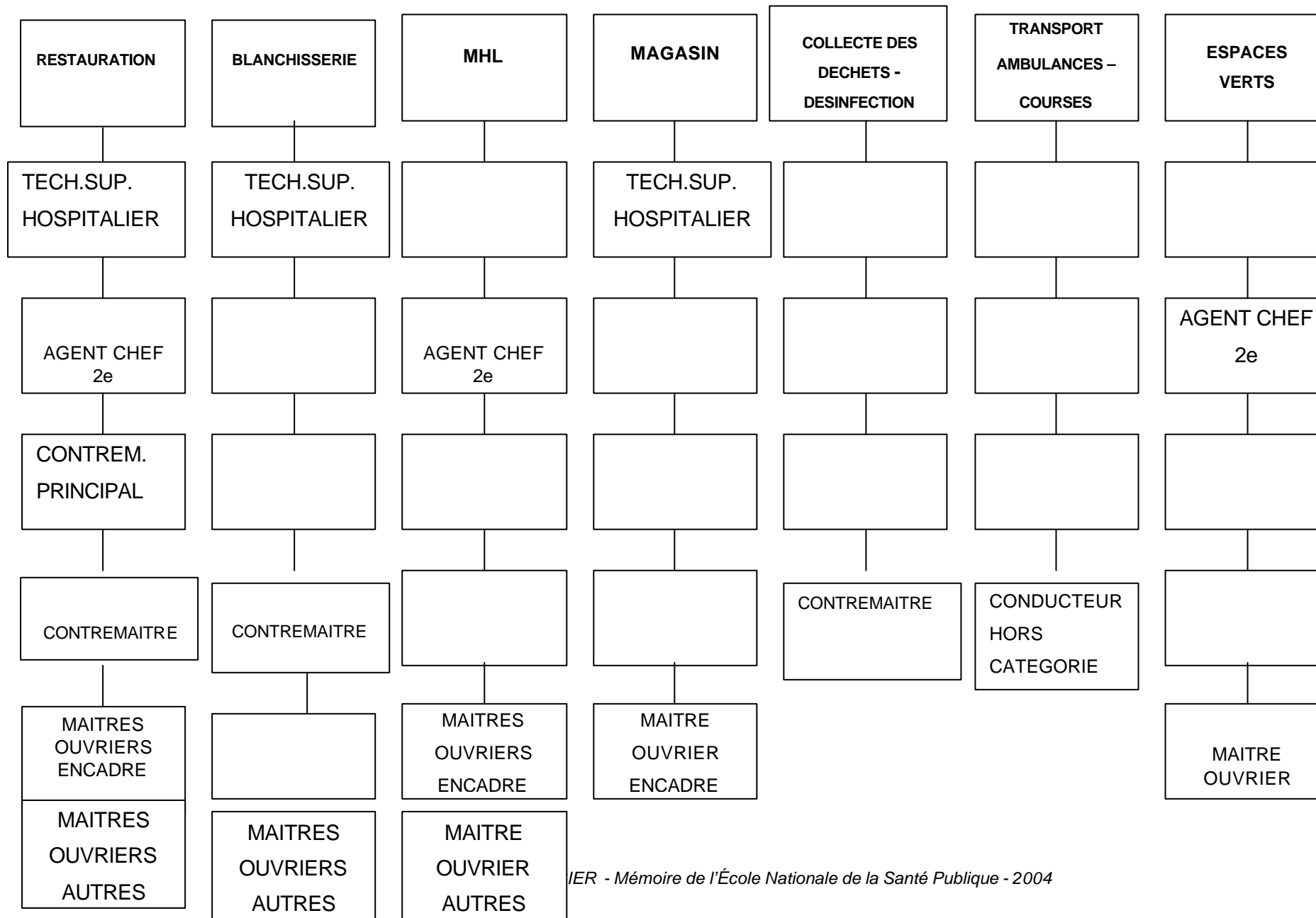
PLAN QUALITE DE MAI 2004

18	Rédaction du MQ DSEL + procédures obligatoires (mise à jour)																			
19	AUDIT A BLANC																		X [⊙]	
20	AUDIT DE CERTIFICATION n+1 (nutrition -restauration)																		X [⊙]	
21	extension AUDIT DE CERTIFICATION DSEL																		X [⊙]	

ANNEXE 15

SCHEMA ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE AVANT PYRAMIDAGE

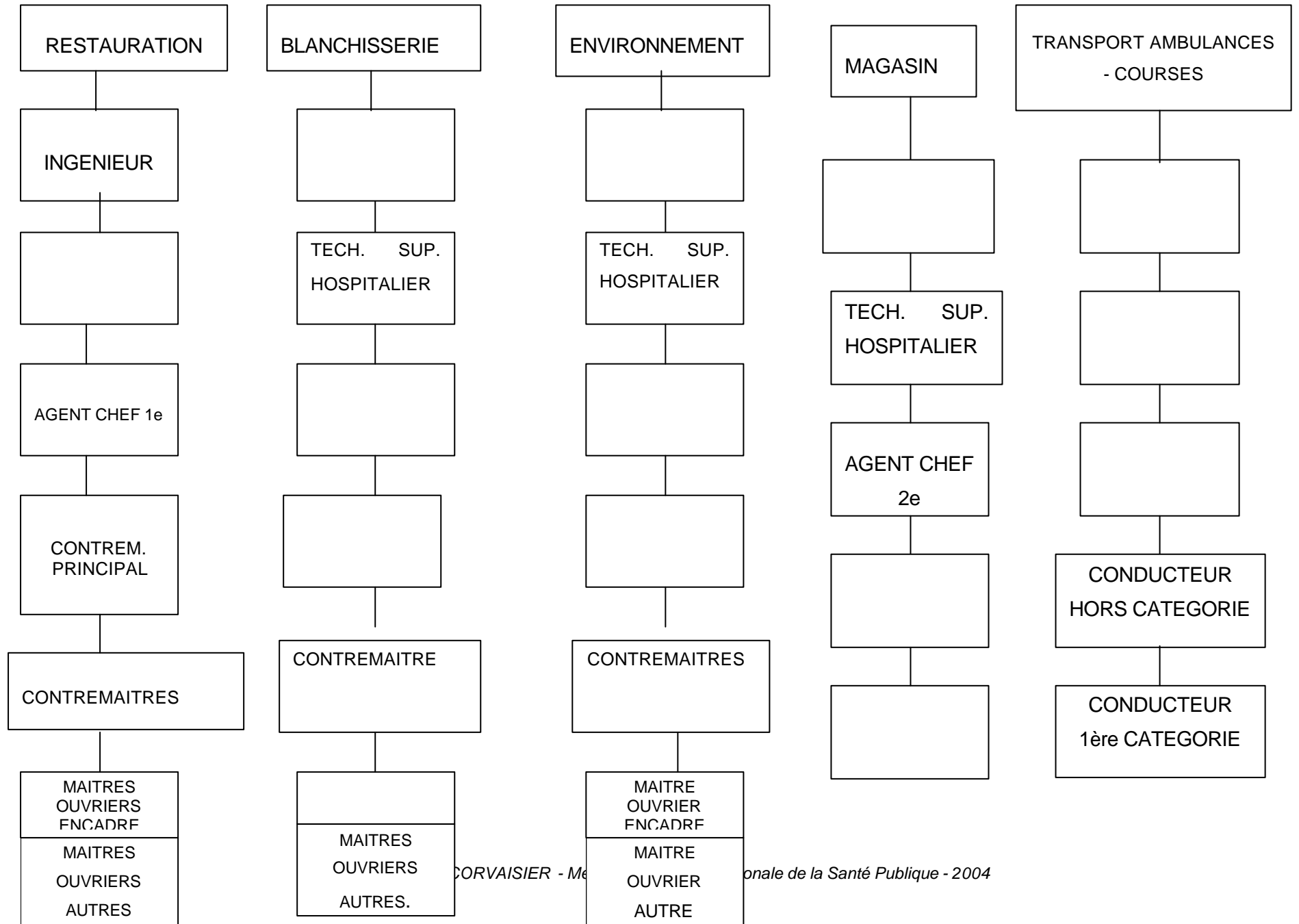
Cartographie de l'encadrement des services logistiques (sauf service diététique) Avant pyramidage



ANNEXE 16

SCHEMA ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE APRES PYRAMIDAGE

Cartographie de l'encadrement des services logistiques (sauf service diététique) Après pyramidage



ANNEXE 17

RAPPORT D'AUDIT BVQI



09/02/05

Rapport d'audit

Nom de l'entreprise :	Centre hospitalier intercommunal de Créteil - Direction des Services Economiques et Logistiques	1259038
Description de l'activité :	Certification ISO 9001	1259038

Audit de certification	X	Audit de renouvellement		Audit de surveillance :	
-------------------------------	---	--------------------------------	--	--------------------------------	--

Norme utilisée :	Autres documents :
ISO 9001:2000	MAQ du 18/03/2004

Dates d'audit :	28/04/2004	29/04/2004
Dates d'audit (optionnel) :		

Responsable d'audit :	Membre(s) de l'équipe d'audit :
Eddie Gruber	

Périmètre de Certification :	Conception, fabrication, mise à disposition des repas et soin nutritionnel
Paramètres en anglais	Design, manufacturing, meal supply and nutritional care
Les informations figurants sur le certificat ont-elles changé ?	Non
Date de prochaine visite	

Diffusion du rapport d'audit :

Centre hospitalier intercommunal de Créteil - Direction des Services Economiques et Logistiques
BVQI FRANCE

CONTENU DU CERTIFICAT :**Adresse des sites :**

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRETEIL -
DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES ET
LOGISTIQUES - 40, avenue de Verdun - 94010 Créteil

Accréditation(s)	Langue
*FRANCE - COMite Français d'ACcreditation	FRENCH

RECOMMANDATION DU RESPONSABLE D'AUDIT :

Les NC sont toutes soldées :	Oui	Accord pour délivrer/poursuivre la certification	Oui
Approuvé par :		Date :	29/04/2004



09/02/05

BAR2 - Synthèse de l'audit

Nom de l'entreprise :	Centre hospitalier intercommunal de Créteil - Direction des Services Economiques et Logistiques	1259038
Description de l'activité :	Certification ISO 9001	1259038

Date(s) :	26/03/2004		Département (s)		
Contacts :		1	Qualité		

		Revue de manuel	1																
Responsable d'audit :		X																	
Membre(s) de l'équipe d'audit :																			

Site(s) :																			
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRETEIL - DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES ET LOGISTIQUES	X																		

	ISO 9001:2000 - Clauses :																		
4.1	Exigences générales	X																	
4.2	Exigences relatives à la documentation	X																	
5.1	Engagement de la direction	X																	
5.2	Ecoute client	X																	
5.3	Politique qualité	X																	
5.4	planification	X																	
5.5	Responsabilité, autorité et communication	X																	
5.6	Revue de direction	X																	
6.1	Mise à disposition des ressources	X																	
6.2	Ressources humaines	X																	
6.3	Infrastructures	X																	
6.4	Environnement de travail	X																	
7.1	Planification de la réalisation du produit	X																	
7.2	Processus relatifs aux clients	X																	
7.3	Conception et développement	X																	
7.4	Achats	X																	
7.5	Production et préparation du service	X																	
7.6	Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure	X																	
8.1	Mesures, analyse et amélioration	X																	
8.2	Surveillance et mesures	X																	
8.3	Maîtrise du produit non conforme	X																	
8.4	Analyse des données	X																	
8.5	Amélioration	X																	
BVQI 1	Utilisation du logo																		



09/02/05

BAR2 - Synthèse de l'audit

Nom de l'entreprise :	Centre hospitalier intercommunal de Créteil - Direction des Services Economiques et Logistiques	1259038
Description de l'activité :	Certification ISO 9001	1259038

Date(s) :	28/04/2004	Département (s)	
Contacts :		1	Qualité
		2	Direction
		3	Service diététique

	Revue de manuel	1	2	3											
Responsable d'audit :		X	X	X											
Membre(s) de l'équipe d'audit :															

Site(s) :															
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRETEIL - DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES ET LOGISTIQUES		X	X	X											

	ISO 9001:2000 - Clauses :														
4.1	Exigences générales	X													
4.2	Exigences relatives à la documentation	X													
5.1	Engagement de la direction		X												
5.2	Ecoute client		X												
5.3	Politique qualité		X												
5.4	planification		X												
5.5	Responsabilité, autorité et communication		X												
5.6	Revue de direction		X												
6.1	Mise à disposition des ressources		X												
6.2	Ressources humaines		X												
6.3	Infrastructures														
6.4	Environnement de travail														
7.1	Planification de la réalisation du produit			X											
7.2	Processus relatifs aux clients			X											
7.3	Conception et développement			X											
7.4	Achats			X											
7.5	Production et préparation du service			X											
7.6	Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure														
8.1	Mesures, analyse et amélioration														
8.2	Surveillance et mesures		X	X	X										
8.3	Maîtrise du produit non conforme														
8.4	Analyse des données														
8.5	Amélioration														
BVQI 1	Utilisation du logo														

BAR2 - Synthèse de l'audit

Nom de l'entreprise :	Centre hospitalier intercommunal de Créteil - Direction des Services Economiques et Logistiques	1259038
Description de l'activité :	Certification ISO 9001	1259038

Date(s) :	29/04/2004		Département (s)		
Contacts :		1	Qualité		
		2	Chaîne		
		3	Fabrication		
		4	Magasin		
		5	Informatique repas		
		6	Planning		

		Revue de manuel	1	2	3	4	5	6										
Responsable d'audit :			X	X	X	X	X	X										
Membre(s) de l'équipe d'audit :																		

Site(s) :																		
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRETEIL - DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES ET LOGISTIQUES			X	X	X	X	X	X										

	ISO 9001:2000 - Clauses :																	
4.1	Exigences générales																	
4.2	Exigences relatives à la documentation																	
5.1	Engagement de la direction																	
5.2	Ecoute client																	
5.3	Politique qualité																	
5.4	planification																	
5.5	Responsabilité, autorité et communication																	
5.6	Revue de direction																	
6.1	Mise à disposition des ressources																	
6.2	Ressources humaines																	
6.3	Infrastructures				X													
6.4	Environnement de travail				X													
7.1	Planification de la réalisation du produit								X									
7.2	Processus relatifs aux clients							X										
7.3	Conception et développement																	
7.4	Achats				X	X												
7.5	Production et préparation du service			X	X	X												
7.6	Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure				X													
8.1	Mesures, analyse et amélioration		X															
8.2	Surveillance et mesures		X	X	X	X												
8.3	Maîtrise du produit non conforme		X	X	X	X												
8.4	Analyse des données		X															
8.5	Amélioration		X															
BVQI 1	Utilisation du logo																	

BAR3 - Ecart constatés :

Nom de l'entreprise :	Centre hospitalier intercommunal de Créteil - Direction des Services Economiques et Logistiques	1259038
Description de l'activité :	Certification ISO 9001	1259038
Nom du produit :	ISO 9001:2000	

Synthèse de l'audit :

Revue documentaire :

- Manuel Qualité apte à servir de support à l'audit.

Points forts :

- Dynamique des réunions de service avec mise en place de plans d'action structurés
- Méthodologie pour évaluer la satisfaction des clients
- Fiches de poste et de compétences
- Documentation mise en ligne

Détail des écarts :

OBSERVATION

OBSERVATION (EGR/01) :
(4.1 Exigences générales)

Dans votre activité de restauration, utilisez-vous du matériel ou des locaux appartenant à votre client ? Si oui, l'exclusion du paragraphe n'est pas valable

RAPPORT D'ACTIONS CORRECTIVES :

Non applicable ; matériels et locaux appartenant au service

.....
OBSERVATION (EGR/02) :
(4.1 Exigences générales)
Direction

- Elargir les critères de surveillance des processus en y intégrant les outils de management existants (critères économiques entre autres)

- Préciser dans le manuel Qualité que la distribution des repas s'arrête aux services (pas de distribution aux patients directement)

.....
OBSERVATION (EGR/03) :
(5.3 Politique qualité)
Direction

- Préciser dans le système de management de la Qualité l'existence du plan d'action suite aux visites de l'ANAES ; des points de politique Qualité du service découlent directement de certaines directives de ce plan d'action (ex : maintenance préventive)

- Définir un objectif qualité pour l'item de la politique Qualité "Etre en conformité avec les directives de la DSV", même si la réussite des objectifs Qualité en place concourt à l'obtention de cette conformité

.....
OBSERVATION (EGR/04) :
(5.6 Revue de direction)
Direction

Mentionner dans les revues de Direction les évènements pouvant impacter le système de management de la Qualité (fait dans d'autres instances ; plan d'action déclenché suite à ces changements)

.....
OBSERVATION (EGR/05) :

(7.3 Conception et développement)
Service diététique

Attention à bien vérifier à chaque modification des menus la conformité avec le plan alimentaire

.....
OBSERVATION (EGR/08) :

(6.2 Ressources humaines)
Direction

Développer le reporting sur le tutorat réalisé par le service pour les nouveaux arrivés

.....
OBSERVATION (EGR/09) :

(8.2 Surveillance et mesures)
Fabrication

Formaliser le contrôle réalisé par le service diététique des fiches (marque et identification du contrôleur)

.....
OBSERVATION (EGR/10) :

(4.2 Exigences relatives à la documentation)
Qualité

- Intégrer le document sur la définition du grammage pour chaque type de plats dans le système de management de la Qualité

- Vérifier régulièrement le contenu des fiches techniques de façon à coller au plus près de la réalité et à y inclure les astuces nouvelles trouvées par le personnel (ex : paella)

.....
OBSERVATION (EGR/11) :

(6.3 Infrastructures)
Fabrication

- Installer un relais pour la gestion des alarmes des chambres froides (un incident de chambre froide a provoqué la mise au rebut d'un congélateur ; coût : environ 10000 euros)

- Réfléchir à la mise en place de tueurs d'insectes dans les locaux de préparation des repas

.....
OBSERVATION (EGR/12) :

(7.6 Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure)
Fabrication

Faire la vérification des capteurs de température des chambres froides avec la sonde portative, de façon à minimiser les risques de dérive des capteurs

.....
OBSERVATION (EGR/13) :

(8.4 Analyse des données)
Qualité

Se fixer une règle plus stricte pour prioriser les problèmes rencontrés et suivre plus précisément les actions pour ces problèmes importants (exemple : mixé mouton, kiwi, ...)

MAJEUR

MINEUR

NON CONFORMITÉ (EGR/07) :
(8.2 Surveillance et mesures)
Qualité

Le planning d'audit interne n'est pas établi pour vérifier la mise en œuvre et l'efficacité de l'ensemble des dispositions prévues dans le système de management de la Qualité (seul BVQI apparaît comme auditeur interne au cours des pré-audits)

RAPPORT D'ACTIONS CORRECTIVES :
Etablissement d'un programme d'audit permettant de voir l'ensemble des processus du service avec définition d'auditeurs propres ; voir lors du prochain audit le suivi de ce plan d'audit

Nombre de non conformités :	Majeur	0	Mineur	1
------------------------------------	---------------	---	---------------	---

Conclusion de l'audit :			
Bonne organisation générale permettant de se prononcer favorablement à la certification ISO 9001			
Responsable d'audit		Représentant de l'entreprise	
approbation du client	Est ce que toutes les non conformité(es) ont été approuvé(es) par le représentant de l'entreprise ?		Non
Un audit complémentaire est-il nécessaire ?	Non	Date(s) de l'audit complémentaire :	

Personnes rencontrées			
Nom	Département	Auditeur	Date