



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

**La mise en place d'une démarche de
certification de services dans un
établissement public de santé :
l'exemple de la DSIO du centre
hospitalier de Valenciennes**

Léopoldine ROBITAILE

Remerciements

Je tiens à remercier M. Philippe JAHAN pour son accueil au sein du centre hospitalier de Valenciennes ainsi que l'ensemble des membres de l'équipe de direction pour leur gentillesse, ce fut un réel plaisir de faire partie de cette équipe pendant plusieurs mois.

J'adresse également mes plus vifs remerciements à M. Jean GUICHETEAU, Directeur du Système d'Information et d'Organisation, mon maître de stage, pour le temps qu'il m'a accordé lors de mes deux stages à Valenciennes, pour ses apports théoriques en matière d'informatique et de qualité et pour le temps qu'il m'a permis de dégager pour la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je souhaite remercier l'ensemble des personnes avec lesquelles j'ai travaillé durant mon stage, j'ai beaucoup appris auprès d'elles et le travail que j'ai pu réaliser avec elles m'a conforté dans le choix professionnel que j'ai fait.

Merci à tous.

Sommaire

1 LE CHOIX DE S'ENGAGER DANS UNE DEMARCHE DE CERTIFICATION DE SERVICES PAR LA DSIO DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES.....4

1.1 L'ENGAGEMENT DANS UNE DEMARCHE DE CERTIFICATION DE SERVICES OU LES RAISONS DE LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE QUALITE AU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES 5

1.1.1 *Le CHV accorde une importance toute particulière à la qualité : son histoire récente en témoigne..... 5*

A) L'évolution des structures de la qualité. 6

B) Les débuts de la politique qualité au centre hospitalier de Valenciennes. 7

C) L'accréditation du centre hospitalier de Valenciennes. 8

D) Les autres démarches qualité au centre hospitalier de Valenciennes..... 9

1.1.2 *La DSIO a souhaité s'engager dans une démarche qui lui est propre, adaptée à son organisation et plus pointue que la simple accréditation..... 10*

A) La qualité à la DSIO..... 11

B) Les objectifs ambitieux de la DSIO s'inscrivent dans un contexte de fortes évolutions qui affectent le système de santé dans son ensemble et qui placent les systèmes d'information au centre d'un nouveau modèle toujours en gestation. 12

C) La certification est une démarche complémentaire à l'accréditation permettant d'instituer une politique qualité solide et durable au sein de la DSIO. 18

1.2 LE CHOIX DE LA DSIO S'EST PORTE SUR LA CERTIFICATION DE SERVICES, UN OUTIL QUALITE RELATIVEMENT RECENT ET EN PLEINE EXPANSION QUI S'EST REVELE ETRE UNE TECHNIQUE PARTICULIEREMENT EFFICACE 20

1.2.1 *La démarche choisie : la certification de services Qualicert..... 20*

1.2.2 *La certification de services : en quoi consiste cette méthode ?..... 21*

A) Certification de services et référentiel. 21

B) La progression de la certification de services face aux normes ISO. 23

1.2.3 *La certification est un procédé qui s'est d'abord développé au sein du monde entrepreneurial et concurrentiel..... 25*

A) La naissance des marques de qualité..... 25

B) L'instauration de la certification de services. 25

C) L'important développement de la certification de services. 28

1.2.4 *La certification de services s'est progressivement exportée vers le secteur public avec des résultats très favorables..... 29*

A) Le phénomène de migration de cet outil qualité du monde entrepreneurial à la sphère publique. 29

B) Trois exemples concrets de mise en œuvre de certification au sein du secteur public. 29

C) La mise en place d'une démarche de certification de services présente des enjeux fondamentaux pour le service public. 36

2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION DE SERVICES AU SEIN DE LA DSIO DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES.....41

2.1 PREMIERE ETAPE FONDAMENTALE, L'ENGAGEMENT DE LA DIRECTION DOIT SE TRADUIRE PAR UNE POLITIQUE MANAGERIALE RENOVEE ET UNE COMMUNICATION INTENSIVE VIS A VIS DES AGENTS DU SERVICE DE LA DSIO.	42
2.1.1 <i>L'accent doit être mis sur la communication, en particulier au sein de la DSIO, et en amont de la mise en œuvre de la démarche.....</i>	42
2.1.2 <i>La présentation de la démarche aux agents de la DSIO : une étape clef dans la politique de communication menée par la direction du service.</i>	44
A) Premier objectif : affirmer la détermination de la direction à s'engager dans une démarche de certification de services.	45
B) Second objectif : faire la distinction entre l'inspection ou le contrôle et la démarche de certification de services.	45
C) Troisième objectif : rassurer les craintes des agents vis à vis d'une démarche qui ne leur est pas familière et source de changements à venir.	46
2.2 LES ETAPES PREALABLES A LA DEFINITION DES ENGAGEMENTS DE SERVICE ET A LA CONSTRUCTION DU REFERENTIEL.	47
2.2.1 <i>La première étape est la réalisation de l'état des lieux de l'organisation actuelle du service : l'audit des agents de la DSIO.</i>	47
A) Première phase : la connaissance des missions de l'agent	47
B) Deuxième phase : la connaissance des attentes de leurs clients par les agents de la DSIO.....	48
C) Troisième phase : la mesure des performances par l'existence d'indicateurs de résultats.	48
D) Quatrième phase : les engagements de l'agent vis à vis de ses clients.....	49
2.2.2 <i>La construction du référentiel nécessite au préalable une double analyse fondée sur la prise en compte des attentes des clients et l'identification précise du niveau actuel de performance de la DSIO. ...</i>	51
A) L'écoute des clients se caractérise par l'identification et l'analyse des besoins des utilisateurs.....	52
B) Les prestations actuellement délivrées par la DSIO doivent ensuite être évaluées afin d'être mises en conformité avec les besoins identifiés des utilisateurs.	63
2.2.3 <i>La description précise des processus de la DSIO permet de compléter l'état des lieux de l'organisation du service, étape indispensable pour l'évolution et l'amélioration de cette même organisation.</i>	64
A) La description des processus.....	64
B) Les bénéfices de cette description des processus et de la formalisation des pratiques sont immédiats pour le service.	70
2.3 LA DEFINITION DES ENGAGEMENTS DE SERVICES ET LA CONSTRUCTION DU REFERENTIEL.....	71
2.3.1 <i>La formalisation des engagements de service de la DSIO.</i>	71
2.3.2 <i>Un exemple de référentiel : les engagements pris par un service de Help Desk.....</i>	73
2.4 LES ETAPES POSTERIEURES A LA DEFINITION DU REFERENTIEL.....	76
2.4.1 <i>La validation du référentiel.....</i>	76
2.4.2 <i>La mise en place du référentiel dans le service en cours de certification.....</i>	77
2.4.3 <i>Les audits.</i>	79
2.4.4 <i>L'évolution du schéma.....</i>	80

Bibliographie	83
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFAQ	Association Française pour l'Assurance Qualité
AFNOR	Association Française de Normalisation
AHNAC	Association Hospitalière Nord Artois Cliniques
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHV	Centre Hospitalier de Valenciennes
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAFC	Confédération Nationale des Associations Familiales catholiques
CNC	Conseil National de la Consommation
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COFRAC	Comité Français d'Accréditation
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGCCRF	Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DIM	Département d'Information Médicale
DQGR	Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSIO	Direction du Système Informatique et d'Organisation
EDF	Electricité De France
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPS	Etablissement Public de Santé
FNACPPA	Fédération Nationale Accueil et Confort Pour les Personnes Agées
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GREID	Groupe Ecoute Information Dépendance
HACCP	Hasard Analysis and Critical Control Point

IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISO	International Standardisation Organisation
JO	Journal Officiel
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PACQ	Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
PAQ	Plan d'Action Qualité
PLIN	Plan de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RATP	Régie Autonome des Transports Parisiens
SGS-ICS	Société Générale de Surveillance- International Certification Service
SIB	Syndicat Interhospitalier de Bretagne
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer
SQUALPI	Sous direction de la Qualité Pour l'Industrie et de la normalisation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation à l'Activité
UF	Unité Fonctionnelle
UNEPPA	Union Nationale des Etablissements Privés pour Personnes Agées
USIC	Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a permis l'introduction de la notion de qualité dans le monde hospitalier : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est créée et obligation est faite aux établissements de santé de faire l'objet d'une « procédure externe d'évaluation dénommée accréditation » auprès de cette instance.

La culture de la qualité s'est depuis largement répandue dans le domaine de la santé, les initiatives se multipliant souvent au-delà de l'accréditation, comme peuvent l'illustrer les nombreux exemples de certification au sein des établissements (concernant notamment les laboratoires, les cuisines, les services de stérilisation ou les blanchisseries pour ne parler que des plus fréquemment certifiés). Les démarches qualité ont acquis une place importante au sein des centres hospitaliers qui n'est désormais plus remise en cause.

Le centre hospitalier de Valenciennes n'échappe pas à ce mouvement : depuis juin 2004, la direction du système d'information et d'organisation (DSIO) du centre hospitalier de Valenciennes s'est engagée dans une démarche de certification de services. C'est l'un des premiers établissements hospitaliers dont le service informatique cherche à être certifié.

Pourtant face au développement de telles initiatives, une question persiste. Les démarches qualité comme la certification sont le plus souvent mises en œuvre par les entreprises du secteur privé soumises à un environnement très concurrentiel. Celles-ci ont le souci principal de se distinguer de leurs concurrents aux yeux des consommateurs par une qualité supérieure avérée.

La logique intrinsèque des secteurs public et privé étant différente, le souci de distinction et de conquête de part de marché tout à fait compréhensible pour le privé l'est moins dans le secteur public. Or on constate que les méthodes issues du monde des entreprises font des émules dans les structures de droit public pourtant moins tributaires des lois du marché. On peut observer ce type de phénomène au sein des établissements publics de santé (EPS).

On observe ainsi que ceux-ci prennent en compte, de plus en plus et à juste titre, la notion de satisfaction du patient. On emploie désormais fréquemment les termes de client ou d'usager pour désigner les patients, ce qui n'est pas anodin et traduit bien une évolution majeure au sein des hôpitaux. De même, les politiques mises en œuvre dans les EPS ont aujourd'hui pour unique objectif l'amélioration de la qualité des prestations délivrées au client que cela concerne la qualité des soins, la qualité de l'accueil ou celle des prestations hôtelières. Les centres hospitaliers bien que n'étant pas soumis à la logique consumériste qui prévaut sur le marché ne se considèrent pas pour autant comme étant au-dessus des règles de droit commun. Ce mouvement général constitue un progrès incontestable.

Plus largement, les centres hospitaliers ont reconnu la nécessité d'élaborer une politique stratégique en réponse à celle mise en place par leurs concurrents les plus proches. L'objectif est de rester performant, d'offrir un service de qualité et de maintenir ses parts de marché, voire d'en conquérir, par le développement de nouvelles activités et par l'amélioration des activités existantes. Si les établissements publics de santé ne sont pas régis par une logique purement économique, ils ne peuvent néanmoins l'exclure totalement de leur politique d'établissement.

Par ailleurs, cette évolution actuelle va aller en se renforçant à l'aune de la réforme du système financier des EPS et de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Depuis le 1^{er} janvier 2004, les ressources des établissements dépendent en partie de leur activité et de leurs performances ; la montée en charge sera croissante et progressive jusqu'à atteindre un seuil maximum de 50% du budget des établissements, comme annoncé début juillet par le ministre de la santé M. Douste Blazy. Les hôpitaux devront axer leurs efforts sur leur productivité, la réduction des gaspillages, l'accroissement de l'activité de l'établissement, l'analyse et la diminution des coûts de production, l'optimisation du taux d'occupation des services...

Face à ce bouleversement des méthodes de travail, la mise en place de démarches qualité prend tout son sens. La qualité constitue une garantie d'efficacité d'un service donné : un service certifié est en effet un service qui a procédé à un travail de rationalisation de son organisation, de diminution des sources de gaspillage, d'insatisfaction ou de dysfonctionnement. Sa qualité et sa performance sont avérées par la délivrance d'un label de qualité. Le développement à la marge d'une certaine logique d'entreprise se manifesterait donc par un recours accru aux outils et méthodes de la qualité afin de rationaliser les structures existantes.

Le développement des démarches qualité peut être considéré comme une marque de maturité des établissements publics qui se préoccupent de façon croissante à la fois des attentes de leurs usagers et de la bonne utilisation qu'il est fait des deniers publics.

Cependant, certifier une DSIO peut paraître superflu dans la mesure où ce service n'a qu'un lien ténu avec le patient. L'informatique et sa gestion sont en fait considérées comme un processus support au contraire des processus opérationnels en lien direct avec le patient. Cependant, bien qu'indirect, le lien avec l'hospitalisé est réel. On peut citer l'exemple du dossier patient informatisé qui participe à la qualité des soins dispensés au patient. Son impact est bien sûr relativement invisible sur le terrain mais le système d'information et la DSIO contribuent néanmoins à la bonne qualité des soins.

L'importance d'un service informatique performant est d'ailleurs réaffirmée par l'ANAES dans son manuel d'accréditation des établissements de santé¹ : « Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'établissement [...]. L'évolution technologique permet aux établissements grâce à l'apport de l'informatique de disposer de systèmes d'information de plus en plus sophistiqués. La structuration du système informatique et sa cohérence sont des éléments déterminants pour le bon fonctionnement de l'établissement et la réponse aux besoins des différents professionnels et du patient [...]. Le déploiement du système informatique à l'ensemble des activités de l'établissement permet son intégration aux activités de gestion et de production de soins ».

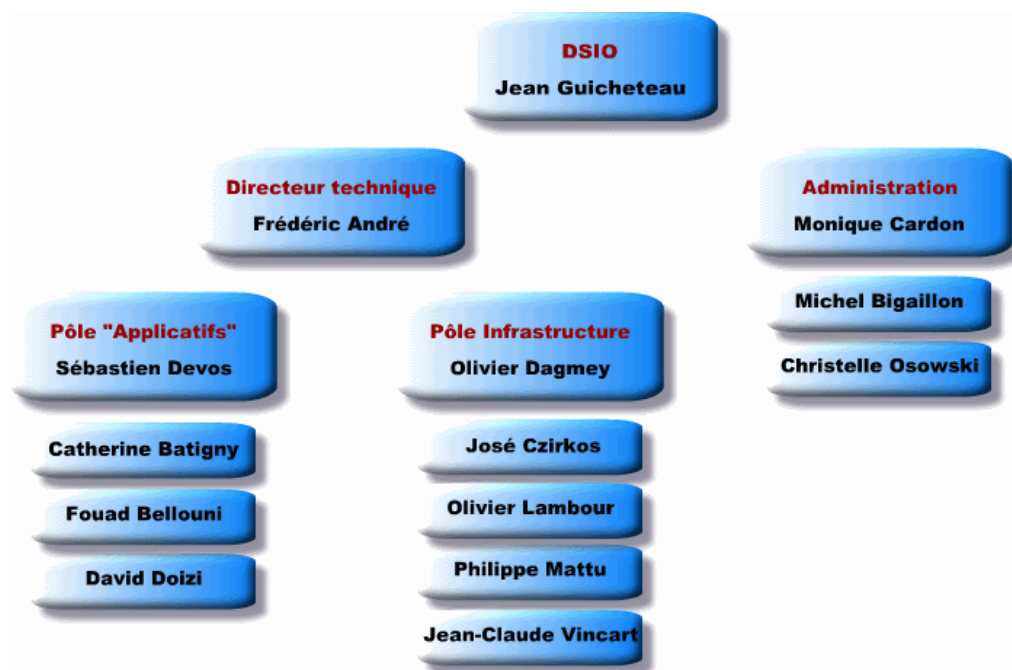
Ce mémoire a pour objet d'apporter un éclairage sur la démarche innovante qu'est la certification de services d'une DSIO : quels sont les enjeux qu'elle revêt et les raisons qui président à l'engagement dans ce processus à la fois long et exigeant (partie 1) ? Quelles sont les conditions de mise en œuvre et les difficultés qui peuvent se poser telles qu'elles sont apparues au centre hospitalier de Valenciennes (partie 2) ? Concernant la mise en œuvre effective de la certification, le mémoire portera plus particulièrement sur le démarrage et les premières étapes de la démarche car le processus est actuellement toujours en cours au sein de la DSIO du centre hospitalier de Valenciennes ; je m'attacherai donc à n'évoquer de façon approfondie que les étapes que la DSIO a d'ores et déjà franchies et auxquelles j'ai pu participer en tant que chef de projet.

¹ Version actualisée en juin 2003 disponible sur le site de l'ANAES

1 LE CHOIX DE S'ENGAGER DANS UNE DEMARCHE DE CERTIFICATION DE SERVICES PAR LA DSIO DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES.

Dans le contexte actuel de profonde évolution des établissements publics de santé, on ne peut que remarquer la place de plus en plus fondamentale que le système d'information hospitalier, et par voie de conséquence les DSIO, ont vocation à occuper. Face aux nouvelles exigences qui pèsent sur elle, la DSIO de Valenciennes a décidé de rationaliser son organisation et de mieux maîtriser ses processus en s'engageant dans une démarche qualité d'envergure.

Notons qu'en 2002, le CHV a consacré à son informatique (hors dépenses de personnel de la DSIO) 5.25 % des dépenses d'investissement, soit 2 800 000 € et 0.45 % des dépenses de fonctionnement, soit environ 1 000 000 €. La dépense d'informatique par employé atteignait la même année une somme de 1 045 euros. La DSIO du centre hospitalier de valenciennes compte 14 agents au total. L'organigramme du service est le suivant² :



² Sources de l'organigramme : le site intranet de la DSIO

Cette première partie s'attachera donc à justifier d'une part la mise en place d'une nouvelle démarche qualité au sein du CHV en la resituant dans le contexte global de l'établissement et face aux évolutions nécessaires du système d'information. On montrera ensuite en quoi consiste la démarche choisie, à savoir la certification de services, une méthode qui a su, depuis plusieurs années, faire ses preuves, tant dans le monde industriel que dans la sphère publique, de plus en plus gagnée par ce type de démarche.

1.1 L'engagement dans une démarche de certification de services ou les raisons de la mise en place d'une nouvelle politique qualité au centre hospitalier de Valenciennes.

Se poser la question du pourquoi de cette nouvelle démarche qualité peut étonner. Les établissements publics de santé sont nécessairement perfectibles et il existe un besoin constant de mettre en place des politiques qualité ; l'excès en la matière est rare. Cette question mérite pourtant d'être posée et ceci pour plusieurs raisons.

Les établissements sont actuellement soumis à de nombreuses contraintes, normes techniques, évolutions législatives, accréditation (...) qui représentent déjà une charge de travail considérable au sein des hôpitaux. La qualité est déjà largement présente au sein des établissements. Pourquoi donc ajouter une démarche supplémentaire qui va nécessiter des efforts non négligeables, du temps, un investissement financier important dans un contexte hospitalier déjà tendu?

Ce questionnement peut paraître superflu mais il est important de souligner combien cette démarche qualité particulière est utile. Plusieurs raisons peuvent en effet justifier le choix de la DSIO de se lancer dans une telle procédure.

1.1.1 Le CHV accorde une importance toute particulière à la qualité : son histoire récente en témoigne.

La première raison qui préside à la mise en place d'une nouvelle politique qualité émane du contexte local de l'établissement. La politique mise en place depuis plusieurs années par la direction générale accorde une place fondamentale à la qualité. Il suffit de se pencher sur l'histoire récente de la qualité au sein du CHV pour constater sa place centrale dans la politique générale de l'établissement.

La qualité occupe une place fondamentale au sein du centre hospitalier de Valenciennes, elle fait partie des quatre axes retenus dans le projet d'établissement élaboré en 1995 qui sont les suivants :

- « Consolider les fondations de l'établissement.
- Renforcer la position stratégique du CHV en tant que pôle de référence.
- Optimiser les ressources.
- Améliorer la qualité des prestations ».

A) L'évolution des structures de la qualité.

En 1998 a donc été créée une cellule qualité placée sous la responsabilité de la direction générale adjointe et composée d'un cadre de santé, d'un ingénieur qualité et de deux emplois jeunes chargés des enquêtes qualité et de la gestion documentaire ainsi qu'un comité de pilotage qualité. L'année suivante, c'est une cellule gestion des risques qui est instituée pour compléter le dispositif. En 2000, la commission de gestion des risques et le comité de pilotage qualité et gestion des risques sont créés.

A la suite de la visite des experts visiteurs de l'ANAES en septembre 2001, le directeur général d'établissement de l'époque, M. Domy, conscient de l'importance de la mise en place d'un programme pluriannuel d'amélioration de la qualité a décidé de créer une direction de la qualité et de la gestion des risques (DQGR) issue de la fusion de la cellule qualité et de la cellule gestion des risques en janvier 2002. Elle est composée de deux ingénieurs qualité et d'un cadre de santé placés sous la responsabilité d'un directeur adjoint, Mme Vandendael.

En complément, se situant dans l'esprit de l'évolution du manuel ANAES plus axé sur les pratiques médicales, le président de la commission médicale d'établissement (CME) a mis en place en avril 2003 une sous commission intitulée « qualité et gestion des risques ».

Enfin, avec la réforme actuelle relative à la nouvelle gouvernance au sein des établissements de santé, il est envisagé de constituer un pôle « direction générale » et de rattacher directement la DQGR à ce pôle. C'est encore un moyen de renforcer le poids de la qualité dans l'établissement que de l'intégrer à ce pôle et cette évolution des structures dans le temps témoigne bien de la volonté de la direction d'accorder à la qualité une place de plus en plus centrale au sein du CHV.

B) Les débuts de la politique qualité au centre hospitalier de Valenciennes.

La première démarche qualité à Valenciennes remonte au travail effectué entre 1997 et 2000 en vue de la certification du laboratoire. La tâche a été très lourde dans la mesure où il a fallu sensibiliser une centaine d'agents à la démarche, changer les habitudes de travail, rédiger des procédures jusqu'alors inexistantes... Le laboratoire a finalement obtenu la certification ISO 9002 en mai 2000. La démarche n'est bien sûr pas terminée puisque des audits sont régulièrement prévus afin de vérifier la bonne application des procédures. En 2003, le laboratoire est passé à ISO 9001 version 2000.

Un autre projet va prochainement être lancé concernant le laboratoire, il s'agit de l'accréditation COFRAC (Comité français d'accréditation). Cette démarche est en effet complémentaire à celle de la certification, cette dernière étant plus axée sur la méthodologie et la rédaction de procédures alors que l'accréditation COFRAC est davantage une démarche de terrain (tests sur échantillons, étalonnage...).

L'exemple du laboratoire est significatif de l'importance accordée à la qualité au centre hospitalier de Valenciennes et de la présence d'une dynamique très positive soutenue à la fois par le chef de service du laboratoire, fortement sensibilisé à la qualité, la DQGR qui apporte une méthodologie et une aide concrète sur le terrain et par la direction générale qui encourage vivement la mise en place de telles démarches.

Notons par ailleurs, dans cette entreprise de sensibilisation du personnel à la qualité, le rôle de la directrice générale adjointe de l'époque, Mme Dalloz qui était également expert visiteur de l'ANAES donc particulièrement attentive aux concepts de la qualité et de l'accréditation. Cette sensibilisation qu'elle a contribué à développer au CHV a joué de façon significative sur la manière dont chacun appréhende désormais la qualité. En matière de qualité, la communication est en effet une étape essentielle ; lorsque les agents sont sensibilisés à la qualité, la mise en œuvre des démarches est indéniablement plus facile, rencontre plus rapidement l'adhésion du personnel et se heurte à moins de résistance.

C) L'accréditation du centre hospitalier de Valenciennes.

C'est dans un contexte aussi favorable que le CHV a reçu la visite des experts de l'ANAES du 24 au 28 septembre 2001. L'établissement a été accrédité par l'ANAES en avril 2002 sans réserve, ni recommandation. Il était alors le seul établissement dans ce cas.

Suite à l'accréditation, un plan d'action qualité (PAQ) a été adopté afin de tenir compte des remarques formulées par l'ANAES. Le premier volet du PAQ³ comprend les douze priorités suivantes :

- Le respect de la charte du patient hospitalisé.
- La mise en place d'un nouveau dossier patient.
- La généralisation et l'évaluation des prescriptions médicales écrites, datées et signées.
- La formalisation de la politique hôtelière.
- La généralisation et le suivi des conseils de service.
- La mise à jour et la diffusion du livret d'accueil du personnel.
- L'extension de la méthode HACCP⁴ à la distribution des repas.
- Le renouvellement du parc des chariots repas.
- L'évaluation du processus transfusionnel.
- La mise en place d'un plan d'action contre les infections nosocomiales.
- La formalisation du schéma directeur informatique.
- La définition et l'évaluation de la politique vestimentaire.

Les objectifs sont donc très ambitieux et font l'objet d'un suivi régulier en comité de direction. Le second volet⁵ a récemment été adopté et vise la consolidation et la poursuite des objectifs affichés dans le premier volet du PAQ.

³ Voir en annexe 9.

⁴ Hazard Analysis and Critical Control Point

⁵ Voir en annexe 10.

D) Les autres démarches qualité au centre hospitalier de Valenciennes.

Les structures de l'établissement qui n'ont pas été concernées par l'accréditation comme les maisons de retraite et l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) se sont à leur tour engagées dans des démarches qualité. Pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), c'est le référentiel Angélique qui s'applique et un réel travail est effectué sur le terrain, notamment par le biais d'enquêtes de satisfaction. L'IFSI, de son côté, a entrepris une démarche de certification ISO 9001.

D'autres démarches sont également en cours concernant la blanchisserie, les soins de suite et de réadaptation, la radiologie, la cuisine actuellement en phase de restructuration, le service de stérilisation qui vise lui aussi la certification ISO 9001 prévue pour fin 2005, début 2006.

Le CHV est par ailleurs membre du Réseau Santé Qualité du Nord Pas de Calais. Ce réseau est organisé en groupement d'intérêt public (GIP) et composé de membres fondateurs, actifs et associés. L'ANAES de même que la DRASS⁶ du Nord Pas de Calais, le Conseil Régional du Nord Pas de Calais, la CRAM⁷ de Nord Picardie, l'ARH⁸ du Nord Pas de Calais, la DDASS⁹ du Pas de Calais ont en outre engagé une démarche de partenariat avec le réseau. L'intérêt de ce réseau est de fournir à ses membres un savoir-faire sur une problématique donnée au travers de groupes de travail qui se réunissent régulièrement. Ces groupes sont aussi le support d'une véritable veille prospective sur les thèmes concernés. Ceux-ci sont variés, les groupes travaillant sur la politique qualité, la gestion des risques, la satisfaction du patient, l'environnement, la commission de conciliation, la matériovigilance...

Par ailleurs, l'ANAES souhaite à l'avenir orienter son travail vers une meilleure évaluation des pratiques professionnelles ; elle a donc incité l'établissement à former des agents à l'évaluation des pratiques et à la réalisation d'audits. La formation a commencé fin 2002 et concerne les 132 référents hygiène du CHV. Une cinquantaine a d'ores et déjà été formée par la DQGR. Une campagne d'audit sur le thème « hygiène et tenue » a été

⁶ DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

⁷ CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

⁸ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

⁹ DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

réalisée et une seconde est prévue sur celui des solutions hydro-alcooliques. Les résultats de ces campagnes sont communiqués aux instances et font l'objet de plans d'action.

Afin de poursuivre cette dynamique positive, le CHV s'est porté volontaire pour l'expérimentation de la V2, la nouvelle version du manuel de l'ANAES. Sur 120 candidats, le CHV fait partie des 36 établissements retenus et a été le premier visité par les experts en avril 2004. Les conclusions du rapport devraient être rendues prochainement par l'ANAES.

Enfin, très récemment, chacune des directions a présenté en comité de direction ses engagements qualité pour l'année 2004 en détaillant très précisément les actions envisagées, les moyens mobilisés, les gains escomptés et le planning de mise en œuvre. Chaque direction a donc retenu un axe d'action. La direction des soins a choisi l'actualisation du projet de soins infirmiers ; la direction des affaires financières va travailler à la dématérialisation des titres de recette, à l'optimisation du suivi des recettes subsidiaires et à la réduction des délais de facturation ; la direction des ressources humaines axera de son côté son action pour une meilleure prévention des risques professionnels. La certification de service fait bien entendu partie du plan qualité de la DSIO pour les années 2004 et 2005.

Chaque direction est ainsi incitée à participer au mouvement global en mettant en œuvre à son niveau une politique qualité concrète, adaptée, répondant aux dysfonctionnements constatés sur le terrain et visant l'amélioration de l'organisation existante. Cet exemple montre que la qualité est présente au quotidien au sein du CHV et pour citer les propos de l'une des ingénieurs qualité de l'établissement, Odile Demoulin, « tout est prétexte à engager une démarche qualité ».

1.1.2 La DSIO a souhaité s'engager dans une démarche qui lui est propre, adaptée à son organisation et plus pointue que la simple accréditation.

La DSIO souhaite participer au mouvement général de promotion de la qualité dans l'établissement par la mise en œuvre d'une politique qualité ambitieuse et innovante. Cependant, si une démarche aussi spécifique est une nouveauté au sein de la DSIO, la qualité est déjà largement présente dans ce service.

A) La qualité à la DSIO.

La qualité existe donc déjà à la DSIO mais pas encore de manière réellement formalisée. Les actions qualité ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une politique générale de qualité mais sont plutôt une accumulation d'initiatives successives. C'est le cas des enquêtes qualité, de la mise en place de référents informatiques de service...

Par exemple, chaque intervention d'un technicien sur une machine pour un dépannage est suivie de l'envoi systématique d'un questionnaire sur la qualité de cette intervention¹⁰. Ce questionnaire porte notamment sur la rapidité de l'intervention, le mode de dépannage (téléphonique ou physique), la nécessité de relancer l'appel, le contact avec le technicien, le niveau de satisfaction globale vis à vis de l'intervention...

Un autre exemple de politique qualité au sein de la DSIO est l'instauration de référents informatiques dans les services. Ces référents sont conçus comme des relais de la DSIO et visent une meilleure appropriation des outils par les utilisateurs. L'informatique ne doit pas seulement être pilotée à distance mais être vivante et aux mains des agents de chaque service pour une meilleure intégration de leur part des outils que met à leur disposition la DSIO. Plusieurs référents ont été formés dans les services importants, pour lesquels l'informatique est devenue incontournable de l'établissement, en particulier les plateaux techniques. A ce jour, des référents sont présents au laboratoire, en radiologie, aux urgences, à la pharmacie, en réanimation, en dialyse, à la gestion des malades. Un autre est prévu à terme au bloc opératoire. Cette politique de référent informatique permet aux services d'être plus autonomes vis à vis de l'outil informatique. Cela crée sur le terrain un premier niveau de résolution des problèmes qui semble apprécié par les équipes. De même, lors de la mise à jour d'un logiciel, le référent forme les agents du service aux nouvelles fonctionnalités de l'outil, ce que la DSIO ne peut assumer seule du fait de la taille de l'établissement. L'objectif est dans le futur de développer le nombre de référents qui constituent des relais efficaces de la DSIO au sein du centre hospitalier. Ce souci de proximité constitue indéniablement un volet important de la politique qualité de la DSIO.

Ces deux initiatives montrent bien que l'objectif de la DSIO est d'accroître son efficacité par la mise en place d'actions qualité. Cependant, il est maintenant nécessaire que ces actions s'inscrivent dans le cadre d'une politique qualité globale. Ce souci est

¹⁰ Cf annexe 7

d'autant plus fort que le contexte actuel est à la réduction des coûts au sein des hôpitaux et à la rationalisation des structures. En effet, on observe actuellement un recours accru à la sous traitance de la gestion des systèmes informatiques confiées à des sociétés extérieures. La sous traitance constitue désormais une alternative réaliste au maintien de nombreux services au sein des établissements publics de santé qui ne relèvent pas à proprement dit du cœur du métier (blanchisserie, cuisine,...). De même, avec le nouveau système de tarification à l'activité où les recettes sont directement générées par les médecins eux mêmes, l'administration va devoir justifier de plus en plus les dépenses qu'elle occasionne et faire la preuve de son efficacité.

Face à ce contexte en pleine évolution, il est fondamental pour les services concernés de démontrer la qualité de leurs performances. Et même si sous traiter une partie des activités de la DSIO n'est pas encore envisagé, le service doit malgré tout rester à la pointe en la matière et prouver son efficacité. La démarche de certification de services participe à cette dynamique engagée d'amélioration continue de la satisfaction des clients. La certification, loin d'être la démarche défensive d'un service en danger est au contraire l'engagement volontariste dans un processus ambitieux de promotion de la qualité.

- B) Les objectifs ambitieux de la DSIO s'inscrivent dans un contexte de fortes évolutions qui affectent le système de santé dans son ensemble et qui placent les systèmes d'information au centre d'un nouveau modèle toujours en gestation.

Les équipes qui travaillent à la DSIO ont un objectif final : la satisfaction de leurs clients internes, c'est à dire les autres services de l'hôpital, qu'il s'agisse de services soignants ou administratifs. Ils doivent rester à leur écoute et se comporter vis à vis d'eux comme des prestataires de service tenus de respecter un niveau satisfaisant de qualité de prestations.

Cependant, le contexte actuel est marqué par de nombreux changements qui ont naturellement une incidence sur le rôle et la place de la DSIO au sein du CHV de même que sur les attentes de ses clients. Le service doit nécessairement adapter son organisation et les prestations qu'il délivre à ces nouvelles attentes. Arrêtons nous quelques instants sur ces changements qui affectent le rôle et la mission de la DSIO.

a) *Le contexte local.*

La signature d'un accord de partenariat CHV/Teissier

Le centre hospitalier de Valenciennes s'est engagé dans une démarche de coopération avec la Clinique Teissier, établissement privé participant au service public hospitalier¹¹ géré par le groupe AHNAC¹². Un accord de partenariat a été signé en 1999 entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), le groupe AHNAC et le centre hospitalier.

Ce projet de partenariat a été décidé suite au constat suivant :

- Concernant les plateaux techniques : éparpillement, doublons entre la clinique et le CHV, taux d'utilisation des blocs faible, obsolescence des équipements.
- Concernant l'hébergement : activité redondante des deux structures, gaspillage des ressources médicales.
- Concernant les locaux : éclatement du secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) sur trois sites pour le CHV ; le moyen séjour est lui sur deux sites distants dont l'hôpital du Hainaut relativement vétuste.

Suite à cet accord, le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) signé en 1997 avec l'ARH a été modifié afin d'intégrer les changements intervenus. Ceux-ci se retrouvent également dans le projet d'établissement et les projets médicaux.

Le projet prévoit de regrouper sur un même lieu l'ensemble des activités de MCO des deux établissements autour de plateaux techniques de haut niveau. A terme, la construction d'un nouveau bâtiment devrait permettre de regrouper près de 1 000 lits de court séjour. Cela aura pour effet non seulement d'organiser le court séjour dans des locaux adaptés situés à proximité des plateaux techniques mais aussi d'installer de nouvelles activités non encore implantées actuellement faute de place (neurochirurgie, réhabilitation cardiaque). L'espace libéré dans la clinique Teissier constituera un pôle de soins de suite.

¹¹ PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

¹² AHNAC : Association Hospitalière Nord Artois Cliniques

Une structure commune devra assurer la coordination entre les deux établissements, gérer la répartition des flux (coûts, revenus) des activités concernées, ainsi que l'utilisation des plateaux techniques. Elle aura également un rôle juridique tel que la négociation des conventions, la préparation des évolutions structurelles... Les deux établissements ont opté pour la création d'un groupement d'intérêt économique (GIE), structure particulièrement adaptée aux coopérations public/privé. La convention constitutive a été présentée au conseil d'administration du CHV lors de la séance du 18 décembre 2003.

La mise en œuvre effective du rapprochement

Ce rapprochement a déjà commencé sur le terrain puisque les deux établissements assurent conjointement la prise en charge du service des urgences. A terme, un partage des spécialités va s'opérer entre les deux structures selon les compétences de chacun. Les discussions sont actuellement en cours sur les modalités de partage des activités.

L'une des conséquences de ce projet est de placer la DSIO au centre des nouvelles modalités d'organisation et il sera absolument primordial de disposer d'un système d'information performant et réactif et ceci pour plusieurs raisons :

- Pour le patient : ces décisions ne doivent pas être sources de complications administratives supplémentaires, de retards ou de rupture dans sa prise en charge, l'intérêt d'une telle coopération étant in fine l'amélioration de la satisfaction du patient.
- Pour le personnel : en particulier médical, l'information doit pouvoir circuler librement entre les services d'hospitalisation appartenant à chaque structure. Les informations contenues dans le dossier d'un patient doivent être visibles indifféremment dans une unité "Teissier" comme dans une unité "CHV" si chacune doit prendre en charge successivement le même patient au cours d'un même séjour. Cela nécessite donc un système performant de gestion des droits. La personne qui prend en charge un patient doit pouvoir accéder aux données que le patient soit présent ou non dans la structure. Les droits doivent désormais être liés au couple patient - médecin et non UF - médecin.
- Pour la clinique et le CHV, le système d'information doit être en mesure de produire un certain nombre de données d'activité et de coûts non contestables, éléments capables d'asseoir une juste répartition des coûts, notamment en ce qui concerne les services communs. Ils seront pour l'essentiel supportés par le CHV avec refacturation à la clinique.

De la qualité du système d'information dépendra donc l'exhaustivité des données financières, la qualité de la transmission des données médicales... C'est un véritable bouleversement qui s'opère et dont la réussite sera largement tributaire de la qualité du dispositif informatique, ce qui fait peser sur la DSIO de lourdes responsabilités, responsabilités encore accrues par la mise en place de la tarification à l'activité.

b) Une évolution réglementaire majeure : la tarification à l'activité.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit également dans son article 55¹³ que "le gouvernement pourra expérimenter à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie".

Il s'agit de ce que l'on appelle la T2A ou tarification à l'activité. Celle-ci est un nouveau mode de financement des établissements publics de santé et d'allocation des ressources. Il remplace le système actuel de dotation globale auquel on reproche un certain nombre d'effets pervers, notamment le caractère inéquitable de l'allocation des ressources et son caractère peu incitatif à une meilleure utilisation des deniers publics.

La tarification à l'activité est un système plus pragmatique que celui de la dotation globale car les financements dépendent de l'activité réalisée par l'établissement. Le calcul de l'activité, et donc des ressources que l'établissement percevra, s'opère en fonction du nombre de séjours enregistrés auquel on ajoute les actes techniques effectués sur le patient pendant son séjour.

Cet objectif de connaissance des coûts et de suivi des activités constitue un changement majeur pour l'hôpital qui passe peu à peu d'un modèle de type bureaucratique où l'hôpital est une institution sans réel pilotage stratégique à un modèle plus managérial avec l'irruption du contrôle de gestion dans toutes les activités médicales. Cela se traduit au plan de l'information par la saisie à la source des activités et leur intégration dans la comptabilité analytique. Cela nécessite d'être performant dans le recueil des données médicales et exhaustif car un acte non codé n'apporte aucune recette à l'établissement. De la qualité des outils informatiques et bien sûr de leur bonne utilisation dépend la qualité et l'exhaustivité des informations transmises à l'ARH. Les

¹³ Article L. 716-2 du code de la santé publique

recettes perçues par l'établissement seront calculées sur la base des informations transmises à l'ARH. On comprend donc bien l'importance pour les établissements de se doter d'un système d'information performant qui constituera indéniablement la pierre angulaire du nouveau modèle qui se met actuellement en place.

c) Les mutations récentes du système de santé.

Le système informatique doit également s'adapter aux évolutions constantes du système de santé. Certaines touchent plus particulièrement le secteur de l'informatique, c'est par exemple le cas du développement des réseaux de santé et de la dématérialisation des échanges de données. Il en existe bien sûr d'autres mais nous ne détaillerons que ces deux exemples qui sont particulièrement significatifs du rôle que doit jouer une DSIO à l'heure actuelle.

Les réseaux ville hôpital

Les réseaux ville hôpital sont en forte augmentation dans la mesure où ils permettent d'améliorer sensiblement la communication entre les professionnels de santé et partant la prise en charge des patients. Ces réseaux professionnels s'organisent autour du ou des dossiers du patient et ont donc un effet très structurant sur l'organisation et la coordination des soins à l'échelon local ou régional. De nouveaux modes de prise en charge sont également favorisés par ces plates-formes améliorant la connectivité des acteurs.

La logique est double : créer des liens et des complémentarités entre professionnels et structures avec notamment pour objectif d'assurer des missions de service public sur l'ensemble du territoire et améliorer la qualité du service rendu en associant efficience et maîtrise des coûts. Ces réseaux sont d'ailleurs présentés comme la solution d'avenir pour le système de santé, permettant de rationaliser l'offre de soins. Pour B. Kouchner, ils marquent « la fin d'un système fondé sur le tout curatif et l'émergence d'un concept de santé globale ». Le propre des réseaux est en effet d'adopter une structure suffisamment souple pour s'adapter à l'évolution de l'environnement sanitaire.

Dans ce cadre, la place de l'outil informatique doit être centrale car c'est le seul moyen de constituer des réseaux modernes, réactifs et fondés sur la transparence de l'information. Plus largement, le système d'information participe d'une activité de communication qui constitue bien sûr une exigence pour le fonctionnement efficace de ces réseaux.

La dématérialisation des échanges de données

Afin d'améliorer les échanges entre les établissements publics de santé, caisses d'assurance maladie et comptes du Trésor, la télétransmission des titres de recettes relatifs à des prestations hospitalières facturées hors dotation globale est mise en œuvre à compter de 2003. Cette télétransmission concerne l'ensemble des titres de recettes émis à l'encontre de l'assurance maladie.

Cette dématérialisation des échanges nécessite de la part de l'établissement un imposant travail préparatoire. La généralisation de la télétransmission se fera progressivement avec les caisses relevant du régime général dans un premier temps et selon le rythme d'adaptation des logiciels de gestion hospitalière.

A noter que le décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics prévoit dans son article 56 qu'au 1^{er} janvier 2005, les collectivités locales et leurs établissements publics ne pourront refuser qu'une entreprise réponde à un appel d'offre de façon dématérialisée. Elles devront avoir mis en place des systèmes de retrait des dossiers puis de soumission des offres au format numérique, dans le strict respect des dispositions légales en vigueur. Cela suppose une fois encore un système informatique qui soit capable de s'adapter à ces exigences.

L'informatique est devenue un outil indispensable à la dispensation des soins. Or cela repose non seulement sur le choix de logiciels adéquats mais aussi sur une infrastructure garantissant la sécurité et la continuité du fonctionnement des postes, des accès aux données. Le système d'information doit donc intégrer les différentes évolutions que nous avons évoquées et être capable d'y répondre au mieux. Ainsi le système informatique contribuera pleinement à la réalisation des objectifs stratégiques du centre hospitalier de Valenciennes.

Ces différents exemples révèlent l'importance croissante du système d'information au sein des établissements publics de santé. Le souci de répondre aux nouvelles attentes qui pèsent sur elle est donc l'une des raisons qui justifie la volonté de la DSIO de se lancer dans une démarche qualité d'envergure. Une autre raison est aussi le fait que l'accréditation ne permette pas à elle seule de garantir une qualité suffisante du système d'information du fait de sa portée trop généraliste. Or, les nouveaux défis auxquels est confrontée la DSIO, et dont nous avons pu mesurer l'importance, nécessitent un système d'information de qualité avérée.

- C) La certification est une démarche complémentaire à l'accréditation permettant d'instituer une politique qualité solide et durable au sein de la DSIO.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectuée par des professionnels indépendants de la structure et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Les structures, les procédures et les résultats sont appréciés en fonction des gains sur la santé et de la satisfaction finale du patient.

L'accréditation est certes un système performant de reconnaissance externe de la qualité mais son champ d'action généraliste ne peut fournir un outil pointu et exhaustif de reconnaissance de la qualité, notamment en ce qui concerne l'informatique. En effet, les références applicables au système d'information sont très peu nombreuses¹⁴. Elles sont les suivantes:

- “Référence 1: une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre”: Cette référence implique notamment l'existence d'un schéma directeur informatique cohérent avec le projet d'établissement, la couverture de l'ensemble de l'activité de l'établissement par le système informatique, l'implication des instances concernées dans le suivi du schéma directeur.
- “Référence 2 : les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises”: Concrètement, la DSIO doit définir une politique concernant la protection de la confidentialité des informations relatives au patient, l'organisation de la sécurité des données et de leur accès, la déclaration systématique à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) des traitements informatisés nominatifs.
- “Référence 3 : un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale”. L'établissement doit avoir identifié un responsable

¹⁴ Voir en annexe 6 les références concernant le chapitre 4 «Gestion du système d'information » du manuel d'accréditation des établissements de santé, version actualisée en juin 2003.

bien précis chargé de l'information médicale ; les missions du département d'informations médicales (DIM) doivent être définies par la direction générale et validées par la commission médicale d'établissement (CME) ; l'utilisation des informations médicales doit être soumise à l'avis de la CME ; le DIM doit mettre en œuvre les actions nécessaires pour garantir la qualité des données médicales produites.

- “Référence 4 : le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité”. Cette référence sous entend notamment la réalisation régulière d'enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs, le recensement, l'analyse et le traitement des dysfonctionnements, la mise en place d'un plan d'amélioration continu de la qualité (PACQ) avec des priorités hiérarchisées.

On constate que les références applicables au système d'information ne peuvent suffire à une analyse poussée de la qualité du système informatique et à la nécessaire mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité. La certification, comme on le verra plus loin, est un outil plus pointu que l'accréditation.

On peut pourtant établir une liaison entre les deux procédures que sont l'accréditation et la certification : l'une vise la totalité de la structure avec des techniques d'investigation spécifiques mais qui ne peuvent atteindre l'extrême profondeur des pratiques et l'autre focalise l'expertise au champ et au périmètre prédéterminés avec des techniques d'audit extrêmement approfondies. En d'autres termes, il faut considérer la certification comme le prolongement et l'approfondissement de l'accréditation. La référence 4 déjà mentionnée exprime d'ailleurs la nécessité pour les systèmes d'information de dépasser la seule accréditation et de mettre en place une politique d'amélioration de la qualité. La DSIO du centre hospitalier de Valenciennes a choisi une politique ambitieuse, la certification de services.

1.2 Le choix de la DSIO s'est porté sur la certification de services, un outil qualité relativement récent et en pleine expansion qui s'est révélé être une technique particulièrement efficace.

1.2.1 La démarche choisie : la certification de services Qualicert.



Une entreprise affichant le logo QUALICERT est bénéficiaire de la Certification de Services. Elle a été délivrée par l'Organisme Certificateur SGS ICS, organisme tiers et indépendant, reconnaissant la volonté de cette entreprise à s'engager sur les prestations de services qu'elle rend à ses clients.
(Sources : site internet de SGS)

La démarche de certification choisie par la DSIO est la démarche de certification de services Qualicert. Cette solution semble la mieux adaptée aux besoins et aux objectifs de la DSIO. Elle permettra à ce service de répondre aux attentes de ses clients internes à l'hôpital et de communiquer sur ses objectifs en mettant ainsi en valeur la prestation assurée. Qualicert est un type de certification de services présent dans de nombreux pays avec des référentiels validés notamment en Espagne, en Belgique, en Angleterre, en Italie et au Portugal mais aussi en Egypte, en Afrique du Sud et à Taiwan. Qualicert est un signe de qualité indépendant largement reconnu dans le monde. A ce jour, plus de 100 référentiels ont été validés dans de nombreux secteurs comme l'automobile, les transports, la thalassothérapie, la grande distribution... et 2000 sociétés, associations ou syndicats ont choisi la certification de services Qualicert.

Fondée en 1878 à Rouen, la Société Générale de Surveillance (SGS), présente dans 140 pays, est l'une des plus grandes organisations mondiales dans le contrôle qualité, l'inspection, l'expertise et la certification. A travers sa filiale française de Certification SGS ICS¹⁵, le groupe SGS a développé la certification de services en France, sous la marque QUALICERT, dès 1994. La certification de services Qualicert est un outil d'évaluation mixte à la fois interne et externe. Le référentiel est créé en 1999 par

¹⁵ SGS ICS : Société Générale de Surveillance - International Control System

la fédération nationale accueil et confort des personnes âgées (FNACPPA), l'union nationale des établissements privés pour personnes âgées (UNEPPA) et Qualicert. Il se présente comme un guide de bonnes pratiques et un instrument de certification externe. La certification de services Qualicert concerne les organisations professionnelles qui souhaitent définir des règles dans leur métier et améliorer l'image de marque de leur profession de même que les structures qui veulent assurer un standard de qualité à travers la mobilisation de leurs équipes.

Une société chargée d'accompagner la DSIO tout au long de la certification a été retenue. Il s'agit de la société EPG Conseil. Les différentes sociétés candidates ont été sélectionnées en avril 2004 suite à la réalisation d'un « mini audit » au sein de la direction.

1.2.2 La certification de services : en quoi consiste cette méthode ?

A) Certification de services et référentiel.

La certification est une démarche bien distincte de celle de l'accréditation. Elle repose sur le volontariat et permet à un professionnel de « faire attester au moyen d'un certificat délivré par une tierce partie indépendante et impartiale de la conformité de son service à des caractéristiques préalablement fixées dans un référentiel » d'après la définition communément usitée.

Le code de la consommation dans son article L. 115-27¹⁶ définit la certification comme « l'activité par laquelle un organisme distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur ou du prestataire atteste à la demande de celui-ci, effectuée à des fins commerciales ou non, qu'un produit ou un service est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel et faisant l'objet de contrôles ». La certification est un moyen de fournir l'assurance de la conformité à des normes et autres documents normatifs.

Les caractéristiques du service rendu aux clients que s'engage à respecter la structure en cours de certification sont formalisées au sein de ce que l'on appelle un référentiel. Ces caractéristiques sont propres à chaque métier mais doivent être choisies de façon à être objectivables, mesurables et contrôlables.

¹⁶ Voir en annexe 3 les articles L. 115-27 à L. 115-33 du code de la consommation
Section 4 : Certification des services et des produits autres qu'alimentaires.

Selon le code de la consommation, un référentiel est un document technique définissant les caractéristiques que doit présenter un service et les modalités de contrôle de la conformité de ce service à ces caractéristiques. C'est un document fondamental : il énumère précisément la nature et le mode de présentation des informations sur les caractéristiques certifiées qui seront portées à la connaissance du consommateur ; il précise les méthodes de contrôle de la conformité du service mises en œuvre par l'organisme certificateur en accord avec le prestataire de service. Le référentiel est l'outil qui permet à l'organisme en cours de certification de s'engager dans une démarche qui lui est parfaitement adaptée.

Il n'existe pas de référentiel international qui vaille pour tous. Le référentiel est élaboré par le service et exprime les engagements que celui-ci peut prendre vis à vis de ses clients en fonction de ses ressources et de ses contraintes de fonctionnement.

Le référentiel, est un outil souple, conçu pour répondre aux attentes des utilisateurs, et qui évolue naturellement en même temps que leurs besoins. En effet les exigences des clients sont de natures diverses et dans la plupart des cas supérieures à ce que la loi exige. C'est ainsi, par exemple, qu'en matière de restauration collective (hôpitaux, restaurants d'entreprise, maisons de repos...), un sondage réalisé par la SOFRES révèle les exigences des consommateurs s'agissant de la qualité de l'accueil et du service, du choix et de la variété en matière alimentaire. La plupart de ces exigences recueillies ne sont pas réglementées et se doivent pourtant d'être prises en compte par les professionnels afin d'accroître la satisfaction du consommateur. L'intérêt essentiel du recours à la certification pour un professionnel et son bénéfice pour le consommateur repose sur la capacité du premier à offrir une prestation intégrant les attentes du second au-delà de ce que la réglementation permet ou sur des points qui ne sont pas réglementés. Les engagements certifiés du prestataire sont par définition supra réglementaires.

Les attentes doivent donc être mesurées régulièrement par le certifié, notamment grâce à des évaluations de la satisfaction des clients. Ce travail d'évaluation des attentes des clients n'est pas aisé dans la mesure où on peut distinguer des attentes exprimées ou explicites que les clients font remonter lorsqu'ils remplissent des questionnaires de satisfaction. Mais il faut également prendre en compte les attentes implicites qui ne sont pas exprimées par le client et qui déterminent aussi son niveau de satisfaction. Autre difficulté, ces notions ne sont pas figées. On observe qu'à efforts constants, le niveau de satisfaction baisse car les exigences s'accroissent avec le temps. C'est pourquoi il est fondamental de mesurer régulièrement les attentes des utilisateurs pour anticiper leur

mouvement, ce qui permet d'adapter la réponse aux évolutions perçues et de répondre au mieux aux demandes des utilisateurs. La démarche de certification accorde une place importante à l'écoute du client, notamment en amont de la construction du référentiel.

B) La progression de la certification de services face aux normes ISO.

La certification a dû trouver sa place à côté des normes ISO 9000. La distinction de ces deux démarches est fondamentale. La certification ISO est une certification de moyens et est centrée sur l'organisation et la méthodologie mise en place par le professionnel. Elle ne garantit pas la qualité du produit ou du service fourni mais l'organisation et les moyens mis en œuvre pour aboutir à cette qualité, sans préjuger du résultat.

Au contraire, la certification de services comporte un engagement par rapport à un résultat. Elle concerne directement les caractéristiques du service rendu et s'adresse donc plus particulièrement aux consommateurs ou aux utilisateurs finaux d'une prestation. Elle garantit aux clients le respect des engagements consignés dans le référentiel de certification et apporte des garanties sur la qualité du service.

La certification de services constitue la preuve de la considération portée au client et de la prise en compte de ses demandes aussi nombreuses soient-elles. Elles sont en effet plurielles. Les engagements formalisés par le prestataire de services doivent satisfaire autant que faire se peut la pluralité des exigences des clients. Nous nous arrêterons plus loin dans le développement sur la façon de recueillir et d'identifier les attentes des clients qui constitue une étape importante dans la construction du référentiel et la formalisation des engagements pris par le prestataire de services.

Les démarches qualité, et en particulier la certification de services, visent à attester du respect des engagements par le prestataire et ceci en vue d'une meilleure information et sécurité du client final. En effet, l'auto proclamation d'excellence ne suffit désormais plus et la qualité d'un produit ou d'un service doit être démontrée et contrôlée pour être admise. Attester, certifier qu'un service répond à des critères définis à partir des exigences exprimées par les consommateurs permet d'installer à nouveau la confiance entre le professionnel et ses clients. C'est ce que l'on appelle l'économie de la certification, c'est-à-dire le recours de plus en plus fréquent à un tiers de confiance dans le but d'améliorer la qualité perçue de la prestation par le consommateur et ainsi le sécuriser. Cela constitue l'une des motivations essentielles des certifiés.

Promouvoir ainsi la qualité consiste à fournir au client des preuves que les processus sont maîtrisés et à lui garantir que la qualité spécifiée est et sera obtenue de manière reproductible et constante. Il suffit de montrer que le service candidat est parfaitement organisé et que son fonctionnement est standardisé par des règles écrites précises sur la base d'un référentiel reconnu.

Pour la certification, il n'existe pas de méthode clef en main mais un ensemble de concepts, principes, méthodes à mettre en œuvre de manière cohérente, progressive et pédagogique. La certification de services est une certification à la carte : on choisit soi-même les points sur lesquels on s'engage en fonction des attentes exprimées par les clients.

Les atouts de la certification par rapport aux autres méthodes ou politiques qualité sont pluriels :

- Elle se fonde sur un référentiel métier adapté à la prestation du service candidat et à ses contraintes.
- Les engagements sont très précis en terme de résultats à atteindre et peuvent être facilement communiqués et valorisés auprès des clients.
- La démarche est relativement souple et accessible.
- Elle est complémentaire aux autres démarches qualité existantes et notamment à l'accréditation pour ce qui concerne les hôpitaux. La certification vient cimenter et étayer l'accréditation et lui donne non seulement un contenu mais aussi une organisation pérenne qui répond bien à la question récurrente des experts visiteurs concernant l'après accréditation.

Ces différents éléments seront vus plus en détail dans la seconde partie du mémoire qui abordera les premières étapes de la mise en œuvre de la démarche au sein de la DSIO du centre hospitalier de Valenciennes.

1.2.3 La certification est un procédé qui s'est d'abord développé au sein du monde entrepreneurial et concurrentiel.

A) La naissance des marques de qualité.

Le 5 août 1960, une loi d'orientation agricole crée le «label rouge», marque collective destinée à attester la qualité des produits agricoles et alimentaires. C'est la naissance des marques de qualité.

C'est la loi n° 78-23 du 10 janvier 1978 dite loi Scrivener sur la protection et l'information des consommateurs de produits et de services qui met en place un dispositif de certification s'appliquant aux produits industriels et aux biens d'équipement. En effet, la qualité des produits est devenue un vecteur essentiel du succès économique et un critère d'achat pour les consommateurs. Dans un contexte économique marqué par le productivisme et le jeu du marché, les consommateurs désirent des signes attestant que les produits qu'ils peuvent acheter présentent toutes les garanties de sécurité, d'aptitude à l'emploi et de qualité. Quant aux professionnels, ces signes qualité sont un puissant levier de promotion commerciale et de compétitivité.

Pourtant, en dépit de son caractère innovant, ce système de certification présentait des points faibles:

- Des procédures administratives trop lourdes.
- Des organismes certificateurs ayant une audience trop faible au niveau européen et international.
- Une mauvaise adaptation au principe de la libre circulation des produits au sein de la communauté européenne. Les contrôles importants effectués en France étaient souvent perçus comme un moyen de soutenir l'industrie française.

C'est dans cet esprit et plus particulièrement afin d'apporter aux consommateurs des garanties objectives sur les engagements des prestataires de services, de même que pour encourager les réels efforts de certains professionnels, que le code de la consommation a été modifié.

B) L'instauration de la certification de services.

La loi n° 93-949 du 26 juillet 1993 relative au code de la consommation abroge la loi Scrivener et la loi n° 94-442 du 3 juin 1994 visant à modifier le code de la consommation (en ce qui concerne la certification des produits industriels et des services et la commercialisation de certains produits) a profondément réformé le dispositif issu de la loi Scrivener.

C'est donc avec cette loi qu'a été institué un nouveau dispositif de certification commun aux services et aux produits industriels, après que consommateurs et professionnels, travaillant ensemble dans le cadre du CNC se furent accordés en 1993 sur les grands principes. Le dispositif ainsi créé présente une grande originalité : la France est le seul pays en Europe à disposer d'un cadre officiel de valorisation des services.

La procédure de certification de services, souhaitée depuis longtemps, tant par les professionnels que par les consommateurs, a vu le jour de façon très consensuelle. Elle répond à une double attente : pour les professionnels, elle correspond à la volonté de garantir la qualité et la stabilité de leur offre de services, tandis que pour les consommateurs, il s'agit d'accéder à des repères sûrs pour choisir et identifier les professionnels engagés dans des démarches qualité.

La loi du 3 juin 1994¹⁷ a donc mis en place une procédure qui, bien qu'encadrée de façon très précise, offre une grande liberté d'exercice aux prestataires de services, en même temps qu'elle assure une meilleure information des consommateurs. La loi de 1994 se caractérise par une grande souplesse pour les organismes certificateurs, puisqu'il n'existe plus de contrôle lourd et a priori de l'Etat. Il n'apparaît plus comme un censeur mais comme garant du bon fonctionnement du système. La suppression du régime d'autorisation préalable que constituait l'agrément ministériel des organismes certificateurs a eu pour conséquence de « postérioriser » le contrôle par l'administration de l'activité des organismes certificateurs. Ce contrôle a posteriori des pouvoirs publics intervient par les contrôles réguliers de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) qui vérifie que les organismes certificateurs respectent le cadre légal et les prestataires de services le contenu des référentiels. Il est in fine soumis au contrôle du juge pénal.

¹⁷ Articles L. 115-27 et suivants du code de la consommation

Les organismes se déclarent donc librement auprès des pouvoirs publics, comme répondant aux exigences de la norme européenne EN 45011. Cette norme définit les obligations que chaque organisme doit remplir pour être compétent et impartial. Une instance nationale créée à cet effet, le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) atteste la conformité à la norme EN 45011 et délivre une accréditation aux organismes certificateurs. Mais cette démarche n'est pas obligatoire : à ce jour, seuls quatre organismes ont été accrédités pour la certification de services. La loi de 1994 a assuré la compatibilité du système français avec les autres pays européens pour que soient reconnus au plan national et international les organismes certificateurs nationaux.

L'objectif de cette modification législative est donc de :

- Contribuer à clarifier l'information du consommateur.
- Faciliter la démarche volontaire de certification mise à la disposition des entreprises soucieuses de développer et de voir reconnaître leur politique qualité.
- Simplifier la procédure d'agrément ministériel en la remplaçant par une déclaration obligatoire d'activité des organismes certificateurs auprès des pouvoirs publics.

L'information du consommateur est améliorée puisque les prestataires de services certifiés ont désormais obligation d'informer clairement sur la nature et l'étendue des caractéristiques certifiées, notamment par la publication des référentiels et leur mise à disposition du public par l'organisme certificateur.

La qualité des services est également confortée par la participation active des consommateurs. En effet, lors de chaque démarche de certification, un comité de certification est constitué regroupant des professionnels du secteur, des associations de consommateurs et d'utilisateurs, des représentants du service public, et des experts. Ce comité a pour objet d'examiner la pertinence et la précision du projet de référentiel présenté par l'entreprise en cours de certification. Le référentiel doit nécessairement faire l'objet d'une validation de la part du comité. Les consommateurs ont ainsi un rôle concret dans l'élaboration des engagements que l'entreprise candidate devra respecter. Cette participation est fondamentale et place les attentes des utilisateurs au centre du dispositif.

C) L'important développement de la certification de services.

Les résultats de la mise en place du nouveau dispositif furent immédiats : en quelques années, on assiste à une explosion du nombre de référentiels élaborés. Moins de dix ans après la publication du décret d'application en 1995, il existe aujourd'hui plus de 250 référentiels publiés au Journal Officiel et près de 10 000 entreprises bénéficient actuellement de ce signe de reconnaissance qui permet de valoriser une démarche d'entreprise orientée vers la qualité du service fourni aux consommateurs.

La certification de services a d'abord conquis des professions qui souhaitaient améliorer leur image de marque (déménageurs, démolisseurs, syndics...). Puis assez vite, elle s'est ouverte à toutes sortes d'initiatives : il n'est plus seulement question de moraliser telle ou telle pratique mais encore de se distinguer commercialement de ses concurrents et de valoriser la qualité des services rendus au consommateur pour mieux le satisfaire. La certification s'est alors vite étendue à tous les secteurs touchant le consommateur dans sa vie quotidienne : hypermarchés, restauration collective, hôtellerie, instituts de beauté, parfumeurs, garagistes, personnels à domicile, transports de voyageurs, fleuristes, plomberie, crédit à la consommation et même récemment Internet.

La volonté des professionnels de certifier leurs services ne doit pas surprendre : il n'existait pas avant la loi du 3 juin 1994 de signe distinctif de qualité des services véritablement connu, contrairement à ceux développés dans le domaine de la production industrielle. Le choix des consommateurs en matière de services était donc aléatoire et effectué au mieux par le recours aux études comparatives d'origine diverse. Les services ont désormais un cadre juridique permettant la reconnaissance de leur qualité et la politique des entreprises menée sur ce point s'en trouve fortement encouragée.

1.2.4 La certification de services s'est progressivement exportée vers le secteur public avec des résultats très favorables.

- A) Le phénomène de migration de cet outil qualité du monde entrepreneurial à la sphère publique.

Historiquement, les démarches qualité ont donc débuté dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite accompagné la transformation de l'économie en se diffusant vers le secteur des services. Plus récemment, ces démarches ont commencé à gagner le secteur non marchand (enseignement, santé, service social...) sous la pression croissante des usagers devenus plus avertis et plus exigeants sur la qualité des services publics.

Cette évolution a été permise par une réforme législative intervenue en décembre 2001. Auparavant, l'article L. 115-27 du code de la consommation disposait que «la certification de service est effectuée à des fins commerciales » et excluait de ce fait le secteur public. La loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 a permis l'ajout à ce même article de l'expression « à des fins commerciales ou non ». L'ajout est modeste mais lourd de sens.

La dernière tendance est donc la multiplication des démarches effectuées à des fins non commerciales, comme celle de certains organismes publics ou administratifs : mairie, ANPE, offices de tourisme, RATP, université, EDF. Ces démarches sont menées pour améliorer en externe l'accueil des consommateurs et des usagers mais aussi en interne pour normaliser et favoriser les échanges entre les agents.

- B) Trois exemples concrets de mise en œuvre de certification au sein du secteur public.

a) *L'exemple de la SNCF.*

La SNCF a mis en place depuis octobre 2001 un vaste programme intitulé « Gares en mouvement ». Il s'agit de faire certifier les 60 plus grandes gares de France. 16 sont d'ores et déjà certifiées, l'objectif étant d'obtenir une trentaine de gares certifiées d'ici la fin de l'année. La démarche choisie est la certification AFNOR.

La certification a pour but d'appliquer à toutes les gares les mêmes normes de qualité et le même esprit de service afin que les clients, quel que soit l'endroit où ils se trouvent, bénéficient d'un service de qualité identique. In fine, l'objectif est bien sûr le renforcement de la qualité de service offerte aux usagers.

Plus précisément, les objectifs fondamentaux de la démarche de certification de services en gare sont les suivants :

- La standardisation du service : afin que le client se voit offrir les mêmes services dans toutes les gares certifiées.
- La fiabilité du service rendu : elle sera atteinte par le respect des engagements formalisés dans le référentiel.
- L'orientation de tous les personnels de la gare vers le client : cela suppose une connaissance approfondie de ses attentes et la recherche constante de sa satisfaction.
- L'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ces différents objectifs sont déclinés autour de sept thèmes :

- L'accessibilité : il s'agit notamment d'améliorer la signalétique, l'aménagement des parkings, la gestion des files d'attente.
- L'accueil : le personnel doit être courtois, disponible, accueillant et visible, notamment lors des périodes de forte affluence ; de même une assistance pour les personnes à mobilité réduite est disponible.
- L'information : elle est diffusée en cas de situation perturbée ; des écrans plus nombreux et plus volumineux sont installés dans les gares certifiées.
- Le confort : il s'agit des espaces d'attente ou des commerces.
- La sécurité et la sûreté : les gares sont contrôlées et surveillées quotidiennement, notamment dans les parkings, des équipes d'agents de sécurité sont présentes en permanence et des partenariats avec les commissariats, les préfetures et les associations sont mis en place.
- L'accès au transport : notamment par la présence de distributeurs automatiques et de composteurs plus nombreux.
- L'image : la SNCF sera attentive à l'image de ses gares à travers une meilleure intégration dans l'environnement urbain et une identification plus facile de ses personnels.

Un contrôle externe et indépendant de l'agence française de normalisation (AFNOR) garantit la crédibilité de la démarche de certification. L'obtention de la certification est une étape fondamentale mais reste une étape et ne signifie nullement la fin de la démarche. C'est au contraire le commencement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité puisque chaque année les gares certifiées sont de nouveau auditées. Le niveau d'exigence augmentera par l'intégration de nouveaux engagements dans le référentiel de service.

En mobilisant ainsi l'ensemble de ses ressources en faveur d'une amélioration du service rendu, la SNCF témoigne de l'importance qu'elle accorde aux attentes et aux besoins de ses clients. Cette démarche constitue donc un progrès indéniable pour tous les usagers de la SNCF.

Cependant, dans ce cas précis, la logique reste peu ou prou une logique commerciale. La SNCF est certes un établissement public mais à caractère industriel et commercial (EPIC). La direction se comporte donc comme la direction d'une entreprise qui cherche à préserver son image et accroître sa clientèle face à la montée d'autres concurrents potentiels. Cette démarche entreprise par la SNCF, si elle est bien évidemment satisfaisante et permet une amélioration indéniable de l'image du service public, n'est donc pas surprenante du fait de la logique commerciale qui dans une certaine mesure la sous-tend.

Plus atypique est la démarche de certification de services entreprise par le conseil général du Doubs.

b) L'exemple du conseil général du Doubs.

Dès novembre 1999, à l'occasion des débats d'orientation budgétaires, le conseil général du Doubs a exprimé sa volonté d'engager l'ensemble de la collectivité dans une démarche qualité. En effet, la pertinence, l'efficacité, la qualité des services rendus sont des éléments déterminants à l'attachement des citoyens pour leur service public. A ce titre, la recherche d'un service public toujours plus performant doit constituer une exigence, un défi permanent pour la collectivité.

La démarche que le conseil général a souhaitée s'impose dans cette perspective comme un élément essentiel de réussite dans la mesure où elle permet d'accroître le

respect des procédures, d'accentuer la structuration de ses interventions et de favoriser la reconnaissance des métiers du service public.

En choisissant la certification de services, le département du Doubs s'engage à respecter les engagements qu'il a formalisé et axe son mode de certificat sur l'obtention d'un résultat. Ce label attribué par un organisme indépendant, garantit la qualité des prestations de service public énoncées et rendues aux usagers. A la suite d'un marché négocié avec avis d'appel public à la concurrence, l'association française pour l'assurance qualité (AFAQ) a été retenue en tant qu'organisme certificateur. Cet organisme a accompagné le conseil général tout au long de la démarche, notamment pour définir les engagements que le département prend vis à vis des usagers, pour faire valider ces engagements dans le cadre du comité de certification évoqué ci dessus et pour faire certifier le respect de ces engagements par une tierce partie chargée de l'audit. L'AFAQ soutient également le conseil général durant une partie de la phase de suivi post certification.

Cette démarche, contrairement à celle engagée à la SNCF, échappe totalement à une quelconque logique commerciale ; le public du conseil général est en effet défini de façon géographique puisque ce sont les habitants du territoire. Il s'agit d'un public captif. La notion de concurrence est donc très limitée.

Les engagements pris par le conseil général sont nombreux et variés, concernant notamment les prestations d'accueil, de même que la délivrance de titres de transport, l'information et la signalisation des chantiers routiers... Certains engagements touchent des activités transversales et s'adressent à l'ensemble des usagers du département. D'autres au contraire sont plus spécifiques et peuvent s'adresser aux maires et/ou aux présidents de structures intercommunales, comme c'est le cas pour l'assistance et le conseil pour l'exploitation technique des stations d'épuration, par exemple.

La certification a été obtenue en 2003 après trois années de travail. D'après la responsable qualité du conseil général, Yolande Schneider, les bénéfices de cette démarche sont réels et les changements multiples, tant concernant les services fournis aux clients, que s'agissant des relations interservices ou interagents.

Prenons quelques exemples concrets. Selon Mme Schneider, l'accueil des usagers a réellement évolué avec un souci plus présent d'accroître la satisfaction des clients.

- L'accueil téléphonique : les premières enquêtes satisfaction effectuées témoignent une plus grande courtoisie et disponibilité des agents envers les usagers.
- Le courrier : un groupe de travail composé d'agents a été constitué sur ce thème. Le groupe a fixé un délai maximum de réponse au courrier sur lequel le conseil général s'est engagé. Les conséquences se font directement sentir sur le terrain, notamment sur l'organisation des tâches quotidiennes. Le contrôle du respect de cet engagement, par la mesure régulière du temps de réponse a pu être amélioré grâce à l'acquisition d'un outil informatique. Les agents peuvent donc se situer en terme de performances par rapport aux autres services et éventuellement accentuer leurs efforts lorsque le délai de réponse n'est pas satisfaisant. Ce système qui a d'abord été considéré comme une contrainte a finalement fait ses preuves. Conçu initialement comme concernant uniquement les réponses au courrier extérieur, c'est à dire émanant des usagers, ce système s'est naturellement appliqué au courrier interne. C'est bien la preuve de l'adhésion des agents à cette nouvelle organisation car cet outil a permis le développement de meilleures relations de travail entre agents.
- L'accueil physique : Suite aux remarques de l'AFAQ, un réaménagement des locaux a été effectué, afin d'assurer une plus grande confidentialité aux usagers, ce qui faisait défaut auparavant. Cette action montre encore une fois que cette démarche de certification met très fortement l'accent sur l'amélioration du service rendu aux usagers, sous toutes ses formes.

Mme Schneider note qu'elle a pu observer une évolution des agents vis à vis de cette démarche. Lors de son lancement, celle-ci a d'abord fortement inquiété les agents du conseil général. Ce type de politique reste assez méconnu des personnels et présage de vastes changements qu'ils sont nombreux à redouter. L'administration a en effet l'habitude de travailler de façon verticale ; un tel projet installe au contraire une dynamique transversale de travail. L'objectif est le décroisement de la pyramide qu'est l'administration.

Au final, on constate que cette démarche a créé une émulation entre les agents ; ils se sont aussi découverts membres d'une même organisation partageant les mêmes soucis quotidiens et le même objectif final de satisfaction des usagers. Une majorité d'agents a ainsi adhéré au projet et leur motivation s'en est trouvée accrue.

Cette démarche constitue un réel outil de management. C'est un moyen détourné de changer les habitudes de travail et une remise en cause des anciennes façons de faire. Cette démarche a l'avantage de n'être pas figée mais au contraire d'être évolutive et participative. Cet outil est aux mains des agents et dépend de leur adhésion. Elle permet

aussi de faire rentrer la qualité dans les mœurs alors que ni la culture qualité, ni la transversalité n'existaient auparavant au conseil général du Doubs. C'est en ce sens qu'elle constitue un véritable changement. Mme Schneider reconnaît le lourd travail que constitue la mise en place d'une telle politique mais celle-ci reste une démarche très positive, notamment au sein des institutions publiques.

La certification place l'utilisateur au centre de l'organisation, l'amélioration du service rendu devenant ainsi la seule raison d'être des institutions publiques. Cette affirmation qui tient de la lapalissade ne va pas forcément de soi sur le terrain avant la mise en place de démarche qualité. Il est toujours utile au sein de la sphère publique de rappeler que la raison d'être de ces institutions est la satisfaction des usagers. La mise en œuvre d'une certification de services a le mérite de rappeler cette évidence.

c) Un exemple proche de la démarche engagée par la DSIO : la certification du syndicat interhospitalier de Bretagne (SIB).

Le SIB est un établissement public spécialisé dans les prestations informatiques à destination des centres hospitaliers. Il compte actuellement 120 adhérents hôpitaux publics ou maisons de retraite situés en Bretagne ou dans le grand ouest. Le SIB assure plusieurs types de prestations :

- La diffusion de progiciels hospitaliers administratifs ou médicaux de même que l'ensemble des prestations d'accompagnements (installation, formation, assistance aux utilisateurs...).
- Le développement de ces progiciels notamment dans les domaines médical, médico technique et décisionnel.
- Le SIB assure aussi une activité de conseil en systèmes d'information hospitaliers et en nouvelles technologies.

En 1994, la direction du SIB a décidé de mener une politique qualité appliquée à l'ensemble des activités de la structure. La démarche retenue est la certification ISO 9001. L'objectif est bien sûr de développer sa clientèle mais également de poursuivre le développement du SIB sur un marché où la concurrence se structure et s'accroît et ceci par l'amélioration permanente de l'offre proposée aux établissements de santé. En effet, par sa nature, le SIB est impliqué dans le système de santé et dans son amélioration. Le SIB doit accompagner les évolutions profondes qui touchent actuellement les systèmes d'information par une amélioration des prestations offertes.

Le projet dénommé CABESTAN vise donc la certification de l'ensemble des départements du SIB. Le SIB a obtenu sa certification pour la totalité de sa structure le 8 octobre 2003. La certification porte sur la conception, la réalisation, la maintenance, le déploiement et le support des progiciels, les prestations de conseil et l'expertise à destination du secteur de la santé.

Mme Le Boité, directrice technique du SIB, reconnaît l'ampleur de la démarche mais souligne également ses multiples bénéfices :

- L'harmonisation des pratiques grâce à un référentiel commun, ce qui permet d'être plus homogène et prévisible vis à vis du client, une plus grande mobilité interne et une meilleure intégration des nouveaux agents.
- L'acquisition de repères pour les agents par le partage d'outils, de procédures et d'instructions communes.
- Une meilleure gestion des documents produits.
- Le développement des éléments de maîtrise des processus.
- Une vision plus structurée des processus qui constituent l'activité d'un département et la décomposition de ceux-ci en procédures formalisées.
- L'optimisation du fonctionnement par la réduction des faiblesses identifiées lors du diagnostic.
- L'amélioration de la traçabilité des processus et de leurs résultats.
- Une meilleure organisation dans les interfaces entre les départements.

Par contre, les difficultés recensées proviennent, selon Mme Le Boité, de l'investissement important qu'il faille fournir, du nécessaire changement des habitudes acquises et l'assimilation de nouveaux modes de travail, comme par exemple se référer aux procédures et s'approprier le référentiel. Cette rigueur est au début de la démarche assez contraignante même si c'est elle qui permet au final à l'organisation d'être plus performante.

Cet exemple montre bien que la certification peut porter et est bénéfique pour tous les domaines, y compris le domaine immatériel qu'est l'informatique qui nous intéresse plus particulièrement dans ce mémoire. Par ces quelques illustrations, on voit aussi à quel point les démarches de ce type ont actuellement tendance à se multiplier dans tous les secteurs, commerciaux ou non, qu'ils s'agissent de produits ou de services.

Nous avons évoqué en filigrane dans cette partie, les nombreux bénéfices que la mise en œuvre d'une démarche de certification dans une institution publique ou privée peut apporter. Arrêtons-nous un instant sur les gains que l'on peut espérer du lancement d'une telle politique.

- C) La mise en place d'une démarche de certification de services présente des enjeux fondamentaux pour le service public.

Il est fondamental de mettre en avant les nombreux bénéfices de cette démarche de certification de services et de les mettre en parallèle avec les efforts et les contraintes qu'elle induit également et qui pèsent parfois lourdement sur le service en cours de certification.

On le verra plus loin en détail mais il est vrai qu'un projet d'une telle ampleur est particulièrement coûteux et contraignant. Il nécessite un investissement important en terme de temps du fait des nombreuses réunions à consacrer à la démarche, des séances de formation des agents du service à de nouveaux outils et de nouvelles méthodes, du fait également du travail de préparation de l'opération et de la campagne de sensibilisation à mener... Cette démarche est aussi coûteuse financièrement parlant : la société retenue pour accompagner le service le long de la mise en œuvre du projet est bien sûr rémunérée de même que la tierce partie chargée de réaliser l'audit final et de délivrer le certificat.

Ces contraintes ne sont donc pas négligeables. Il faut cependant les mettre en balance avec les bénéfices que peut tirer un service de la certification. Nous nous intéresserons ici exclusivement aux bénéfices qu'engendre cette démarche lorsqu'elle est mise en œuvre au sein du secteur public.

En favorisant une transformation progressive des schémas culturels, des modes de fonctionnement et d'organisation, des pratiques professionnelles, la démarche qualité accompagne de manière positive les évolutions d'un service public moderne et performant.

- a) *Un enjeu stratégique.*

En premier lieu, l'engagement dans une démarche de certification de services est une façon d'améliorer la qualité de la prestation délivrée à l'utilisateur, ce qui a pour lui un effet sécurisant. Il a ainsi l'assurance d'une stabilité de la qualité du service certifié. La

certification valorise le produit ou le service certifié par la confiance qu'elle donne à l'utilisateur. Elle démontre que le prestataire s'est engagé à atteindre un niveau de qualité reconnu et constant sur les caractéristiques du service par sa conformité avec le référentiel. Elle apporte la preuve en externe de la qualité du service, de la compétence du personnel, et en aval du traitement et du suivi d'éventuelles réclamations, les enquêtes de satisfaction étant inhérentes à la démarche. Une organisation ne peut en effet accroître la qualité de sa performance qu'en se nourrissant de l'attente de sa clientèle et de l'évaluation des prestations fournies. La démarche a donc pour rôle d'obtenir un équilibre satisfaisant entre les exigences légitimes des utilisateurs et les contraintes de fonctionnement du service.

La certification permet simultanément de rationaliser et de réorganiser les structures, de prendre en compte les demandes des clients et d'améliorer les prestations. Le service définit lui-même une organisation et structure ses interventions afin d'assurer la continuité du respect des engagements du service. L'une des vertus de cette politique est la rationalisation et la formalisation des procédures des prestataires, notamment dans des domaines où l'oralité prévaut. Pour citer une expression répandue, la certification c'est « écrire ce que l'on fait, faire ce que l'on a écrit et vérifier ce que l'on a fait ». La formalisation des pratiques, le recensement des dysfonctionnements et la recherche de l'amélioration continue contribuent à apporter une certaine transparence dans le fonctionnement d'une organisation par une meilleure maîtrise des processus.

La certification est un outil de programmation par la détermination formelle d'objectifs et de performances à atteindre. La certification de services représente donc un enjeu stratégique car elle constitue pour une direction l'occasion d'adopter une méthode rationnelle de pilotage.

b) Un enjeu managérial.

Nous avons déjà employé l'expression précédemment, mais il est indéniable en second lieu que la certification de services est un outil de management interne. Une direction a pour fonction première de diriger et gérer des équipes. Dans le contexte hospitalier actuel que deux rapports récents¹⁸ se sont attachés à décrire, la morosité et le découragement peuvent constituer des freins puissants. Mettre en place une démarche

¹⁸ Il s'agit du rapport relatif à l'organisation interne de l'hôpital présenté le 19 mars 2003 par M. Couanau et du rapport sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale de Ms Vallancien, Perrin et Debrosse du 3 avril 2003.

qualité est un moyen efficace pour redynamiser les équipes par le partage d'un objectif commun, valoriser le potentiel des agents et introduire un changement bienfaiteur au sein du service. Elle vise à créer une dynamique d'amélioration au sein de l'organisation par la réalisation de projets d'envergure impliquant l'ensemble des niveaux hiérarchiques. Une telle démarche constitue un projet novateur pour toute une équipe d'agents. Les bénéfices immédiats sont d'ordre humain avec un management de l'équipe démontrant la motivation et le dynamisme.

La certification implique en effet la fédération de toutes les énergies et la mobilisation active de tous les intervenants du processus. Cette démarche dépasse l'architecture hiérarchique classique et repose sur la participation effective des agents sur le terrain. L'amélioration continue de la qualité requiert un changement dans la structure hiérarchique verticale pour aller vers une structure fonctionnelle horizontale. L'objectif pour le management est de réaliser cette transformation d'une manière progressive et efficace tout en redéfinissant tous les modes d'organisation, d'évaluation et d'information permettant à la démarche qualité de trouver sa place naturelle au sein de l'établissement. Cette politique permet tout à la fois de provoquer une dynamique de changement avec l'affichage d'un objectif clair, d'harmoniser les façons de travailler, de décloisonner la structure, de mobiliser le personnel et d'optimiser le travail d'équipe. Cette démarche, une fois appropriée par les agents, instaure au sein du service une dynamique très fédératrice.

Le changement de mentalité associé au progrès est supposé conduire à terme à une intégration de la recherche de l'amélioration continue de la qualité dans les activités de chacun et ceci à tous les niveaux de l'organisation. Cette approche devrait conduire le service candidat à intégrer la qualité dans son mode de gestion, le résultat escompté étant la mobilisation permanente du personnel autour d'un objectif partagé d'amélioration de la qualité.

L'enjeu managérial a par ailleurs pour la direction du service une importance non négligeable dans le sens où elle constitue un outil d'aide à la décision. Prenons un exemple : la DSIO va déterminer dans son référentiel les engagements qu'elle souhaite prendre vis à vis de ses clients. L'un de ses engagements peut être le dépannage sous 48 heures maximum. Cet engagement va avoir des conséquences concrètes en terme d'organisation interne mais pas seulement. Le choix des fournisseurs de logiciel dépendra également de cet engagement. Lorsque ceux-ci proposeront des délais de dépannage plus importants, ils se verront rejetés car ne répondant pas aux exigences de qualité de la DSIO. Ces engagements fournissent des raisons objectives supplémentaires lors du choix

des fournisseurs. Par contre, pour le fournisseur retenu, cette démarche est valorisante car il sait qu'il va travailler dans un environnement de qualité et une organisation rationalisée. Le référentiel fait donc participer les fournisseurs aux engagements, ce qui est finalement normal puisque l'intervention satisfaisante ou non d'un fournisseur dans un service pour un dépannage de logiciel contribue à l'image positive ou négative de la DSIO au sein du centre hospitalier.

Un autre exemple concernant le caractère managérial de la certification de services peut être cité : nous le verrons plus tard, l'élaboration des référentiels passe par l'analyse préalable des exigences des clients. La DSIO disposera donc d'une visibilité accrue sur ce que veulent ses clients. C'est un élément fondamental lorsqu'il faut déterminer une politique de déploiement de postes informatiques ou d'achat de logiciel, de formation du personnel... Cette meilleure connaissance du contexte dans lequel elle opère va permettre à la DSIO de prioriser les actions qu'elle doit mener et donc de mettre en œuvre une politique en adéquation avec les besoins constatés de ses clients.

Ces quelques exemples montrent de façon concrète le caractère managérial que peut revêtir une démarche qualité telle que la certification de services.

c) Un enjeu financier.

Autre enjeu qui sous-tend la mise en place d'une démarche qualité mais qui est cette fois moins visible immédiatement est l'enjeu financier. L'engagement dans une démarche qualité se fait très rapidement sentir sur le terrain : elle corrige les défauts existants, consolide les points forts, diminue les zones de vulnérabilité, prévient les dysfonctionnements et apporte des ressources et des pistes nouvelles à la politique de l'établissement de santé. On peut donc s'attendre à ce que de telles démarches permettent à long terme, sinon de réaliser des économies, du moins de mieux gérer les fonds de la collectivité. Le coût de la non qualité pour une structure de la taille du CHV est communément évalué entre 15 et 30% du budget, ce qui est considérable. Cette démarche permet par ailleurs de poser les bases d'une saine utilisation des ressources confiées aux établissements hospitaliers par l'adaptation constante des moyens au but qui leur est assigné, la rigueur dans l'emploi de ces moyens et la transparence dans la conduite de projet.

d) *Un enjeu d'image.*

La communication est inhérente à toute politique qualité. Tout au long de la démarche, il est fondamental de communiquer ; dans bien des cas, le service candidat est le seul dans l'établissement à mener pareil projet, il est donc une cible de communication privilégiée puisque son succès final contribuera à l'image de la structure. La politique qualité a alors de larges retombées, notamment celle d'améliorer l'image du service certifié et plus largement celle de l'hôpital, en particulier lorsque la certification fait l'objet d'articles dans la presse locale ou spécialisée. Une telle politique est également un signe très positif que l'établissement envoie en direction de la tutelle car cela constitue visiblement un effort pour une plus grande rationalisation de l'organisation existante, ce qui est évidemment apprécié par l'ARH. Un tel projet revêt une dimension et une valeur exemplaire et introduit une différenciation entre un établissement certifié et les autres.

Par ailleurs, les autres services de l'établissement qui sont aussi les clients de la DSIO auront une visibilité plus importante de la DSIO, son fonctionnement et ses engagements en tant que prestataire de services permettant ainsi d'établir une véritable relation client fournisseur.

La distinction de ces différents enjeux est bien sûr artificielle ; ils sont inextricablement liés et interagissent les uns avec les autres. Ils révèlent la pluralité des effets que l'on peut attendre de la mise en place d'une politique qualité au sein d'un service et plus largement d'un établissement.

Ainsi malgré le travail supplémentaire et les coûts importants que la certification de services engendre, cette démarche comporte de nombreux atouts pour l'organisation qui décide de la mettre en œuvre¹⁹. C'est pourquoi la DSIO a décidé de se lancer dans cette démarche. Nous allons dès à présent voir de façon plus approfondie les premières étapes opérationnelles que la DSIO a franchies pour la mise en place de la démarche.

¹⁹ Voir en annexe 4 le tableau récapitulatif des atouts de la démarche de certification de services

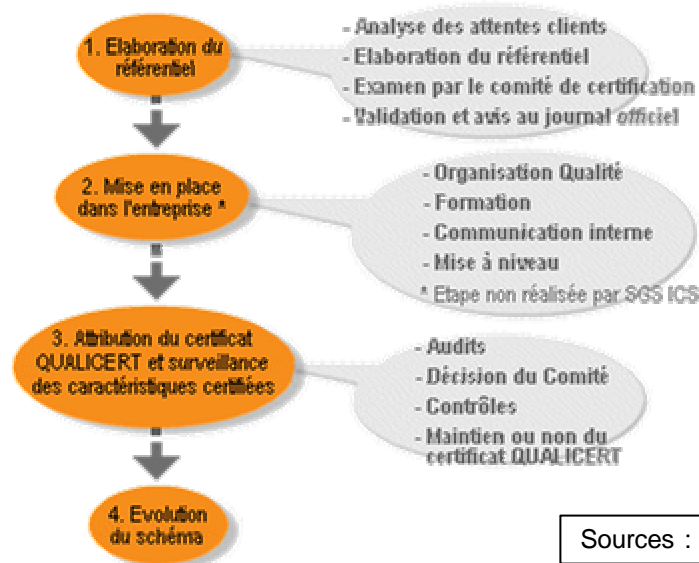
2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION DE SERVICES AU SEIN DE LA DSIO DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES.

La démarche de certification de services s'étend largement dans le temps et comporte plusieurs étapes que le service candidat doit franchir les unes après les autres. Chacune est importante et conditionne bien sûr le succès final de la démarche. Les principales étapes sont les suivantes :

- L'initiative du prestataire de services, ici le directeur du système d'information et d'organisation, Jean Guicheteau.
- L'élaboration d'un recueil d'engagements de service : elle nécessite au préalable une analyse des besoins du client et le choix des engagements de service en fonction des contraintes et des ressources existantes.
- La concertation et la validation du référentiel par le comité de certification : il examine le projet de référentiel, sa pertinence, sa précision et la mesurabilité des éléments retenus.
- Le référentiel est ensuite adressé au ministère de l'industrie, au SQUALPI, la sous direction de la qualité pour l'industrie et de la normalisation pour parution au journal officiel (JO) sous la forme d'un avis.
- La formation des agents.
- La mise en conformité du service avec les engagements du référentiel : elle nécessite la réalisation d'un programme d'action garantissant aux clients un niveau de qualité conforme au référentiel que l'on s'est engagé à respecter.
- L'audit de certification, c'est SGS ICS qui procédera à l'audit de la DSIO.
- La décision d'attribution du certificat.
- Le renouvellement du contrat : l'organisme auditeur effectuera des audits réguliers pour s'assurer de la réalité des engagements. La DGCCRF effectue également des contre audits afin de s'assurer de l'impartialité des organismes auditeurs.

Voici très rapidement les principales étapes de la certification de services. La seconde partie de ce mémoire s'attachera à décrire dans le détail la façon dont cette démarche se déroule et se met progressivement en place au sein de la DSIO du centre hospitalier de Valenciennes. Toutes les étapes ne seront pas détaillées dans ce mémoire dans la

mesure où la DSIO ne les a, pour l'instant, pas toutes franchies, je développerais donc plus particulièrement celles que la DSIO a d'ores et déjà mises en œuvre.



Déroulement de la procédure de certification de services Qualicert

2.1 Première étape fondamentale, l'engagement de la direction doit se traduire par une politique managériale rénovée et une communication intensive vis à vis des agents du service de la DSIO.

2.1.1 L'accent doit être mis sur la communication, en particulier au sein de la DSIO, et en amont de la mise en œuvre de la démarche.

La direction de la DSIO a un rôle de première importance à jouer tout au long de la démarche et notamment lors de son démarrage. L'engagement dans une telle politique, nous l'avons vu plus haut, suscite souvent l'inquiétude des agents quant au devenir du service. La direction doit donc être présente sur le terrain pour rassurer et mobiliser les agents. Ceux-ci ne doivent pas considérer la certification comme un simple effet d'annonce ou de mode ; cela nécessite que la direction porte véritablement le projet.

Outre l'engagement clair de la direction du service informatique envers la certification, un autre élément déterminant est la politique d'établissement et la position de la direction générale en faveur de la démarche qualité. La démarche a été présentée et

validée par l'équipe de direction lors du comité de direction du 5 juillet 2004. Par ailleurs, nous avons déjà abordé l'importance accordée à la qualité par la direction générale de l'établissement. Le projet est donc largement soutenu et légitimé par la direction du CHV, ce qui constitue un atout important pour la réussite du projet. De fait, l'engagement des responsables de la DSIO, et plus largement de l'établissement, représente une force d'entraînement et permet de surmonter les éventuels réflexes de défense professionnelle. Le leadership revêt un rôle essentiel dans ce type de démarche.

Cependant, ce leadership ne peut se passer de la mise en place d'une démarche participative. L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour de la politique qualité mise en œuvre et nécessite une appropriation des objectifs et une participation réelle. Cette participation des agents représente une condition préalable à la conduite du changement. La direction porteuse du projet doit donc définir précisément le contenu et les conditions de l'engagement dans cette démarche. Elle doit également valoriser ses agents en les rendant témoins et acteurs de leur propre réussite, en leur renvoyant l'image positive que les services de soins s'en feront après la démarche. Le management doit ériger en règle d'or les deux principes de participation et de responsabilisation qui permettent d'établir des relations de concertation et de créer la cohésion entre les différentes personnes du service.

On entrevoit ici une notion fondamentale et une condition essentielle de réussite du projet, à savoir la notion de communication ; il est en effet difficile de concevoir une réussite de la certification sans une démarche de communication interne. Celle-ci doit être omniprésente lors du déroulement de la démarche car elle permet à la fois de partager le sens de la démarche avec l'ensemble des acteurs, de les fédérer autour du projet et de mettre en exergue l'importance accordée à la qualité. Elle doit être bien conduite car d'elle dépend la prise de conscience des agents quant aux besoins d'amélioration et aux enjeux de la qualité.

Au sein de la DSIO, la communication relative au lancement du projet s'est faite en amont de la mise en œuvre de la démarche. Une première réunion a eu lieu en juillet 2004 avec les principaux responsables de la DSIO et la société EPG conseil chargée de l'accompagnement de la DSIO pendant toute la démarche. Cette première prise de contact permet de faire le point sur le déroulement et les objectifs de la démarche, le rôle de chacun et le planning retenu. Cette rencontre est également l'occasion de déterminer le contenu du message à délivrer en interne aux autres agents.

Elle a par ailleurs permis de mettre l'accent sur une donnée importante qui peut être un frein à la démarche : la mise en place d'une démarche de certification de services peut être vécue sur le terrain comme une remise en cause de la qualité du travail effectué jusqu'à présent à la DSIO. C'est ce qu'un des responsables a exprimé lors de cette réunion, considérant cette politique mise en œuvre comme une dénégation de ses compétences professionnelles. Il ne faut donc pas présenter le projet comme une réponse à des dysfonctionnements car l'image de la DSIO est plutôt bonne. La volonté qui préside à la démarche n'est pas de mettre en accusation des agents, la démarche qualité ne visant pas tant les personnes que l'organisation, mais au contraire d'améliorer encore davantage la qualité des prestations fournies aux utilisateurs. La communication doit donc s'attacher à expliquer la démarche afin que les équipes ne se sentent ni agressées, ni mises en accusation mais qu'elles adhèrent à une vision ambitieuse de développement de leur service.

L'accent a également été mis sur la communication vis à vis des agents de la DSIO par la tenue d'une réunion formelle d'annonce de la démarche qui marque également le début de la mise en œuvre du processus de certification.

2.1.2 La présentation de la démarche aux agents de la DSIO : une étape clef dans la politique de communication menée par la direction du service.

Une seconde réunion a eu lieu le 2 septembre en présence de tous les agents de la DSIO afin de lancer officiellement la démarche. La communication est une fois encore primordiale. Elle est plurielle et doit porter sur :

- Les buts et le résultat attendu
- Les normes et le référentiel choisis
- Les grandes lignes du projet
- Le planning et la durée des opérations

Plus concrètement, la réunion d'annonce au personnel menée conjointement par la direction du service, la personne chargée de l'accompagnement de la DSIO lors de la démarche et la société SGS chargée de l'audit de certification constitue une étape significative de la démarche qu'il ne faut pas négliger. Elle revêt un caractère à la fois pédagogique et informatif.

- A) Premier objectif : affirmer la détermination de la direction à s'engager dans une démarche de certification de services.

Il est fondamental que les agents se sentent impliqués et concernés par la démarche. La direction, pour ce faire, doit définir une méthode de pilotage adaptée au projet qui déborde son rôle classique et habituel :

- Elle est référent à la fois vis-à-vis de la direction générale, de la DQGR et doit veiller à la cohérence de cette politique qualité avec les autres politiques de l'établissement : financière, de formation, d'achat...
- Elle assure plus qu'une mission de direction au sens habituel du terme. Elle doit mettre en œuvre un véritable « coaching » d'une équipe pluridisciplinaire en mobilisant les compétences plus que les grades et les titres et en intégrant les efforts individuels réalisés au titre de la qualité dans l'évaluation annuelle des agents.
- Elle mobilise et définit les moyens budgétaires nécessaires dans le cadre des crédits impartis pour couvrir les dépenses liées à la certification.

La démarche de certification de services est certes une démarche participative mais la direction doit néanmoins jouer un rôle moteur tout au long du processus afin que la motivation des agents reste intacte jusqu'à la certification.

- B) Second objectif : faire la distinction entre l'inspection ou le contrôle et la démarche de certification de services.

La réunion doit d'abord permettre aux agents d'acquérir une certaine culture qualité et une connaissance précise de la démarche engagée. La plupart ont entendu parler de la certification ISO mais pas forcément la certification de services et d'autres peuvent faire la confusion entre cette démarche et les visites d'inspection. Or, ils ne doivent en aucun cas penser que la politique mise en œuvre à la DSIO vise à contrôler ou sanctionner les « mauvais » agents. La confusion peut être faite et elle aurait pour effet d'empêcher l'adhésion de tous à la démarche.

Au contraire, la direction du service a insisté sur les apports de la démarche : une meilleure connaissance du travail de chacun, une organisation plus rationnelle, un gain de temps et d'efficacité, une plus grande satisfaction des services clients... La certification n'est donc pas une évaluation individuelle des agents mais la recherche volontariste de l'amélioration de l'organisation collective. Cette démarche volontariste témoigne du souci

de mieux faire et ne constitue pas une sanction ou un contrôle des agents. Au contraire, l'image de la DSIO est plutôt bonne et la direction cherche à poursuivre les efforts dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

- C) Troisième objectif : rassurer les craintes des agents vis à vis d'une démarche qui ne leur est pas familière et source de changements à venir.

Cet objectif rejoint le précédent, c'est à dire que de manière générale, la communication permet de justifier et d'expliquer, ce qui apaise les craintes vis à vis d'une démarche, source de changements dans l'organisation existante et donc d'inquiétude. Il est fondamental d'apporter des précisions sur la démarche, sa raison d'être, son déroulement afin de sensibiliser les agents à la qualité.

La plupart d'entre eux redoutent des contraintes supplémentaires et une dégradation de leurs conditions de travail. En effet, l'organisation peut être amenée à changer en partie suite aux résultats des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des clients. Celles ci visent à connaître les exigences des clients vis à vis des prestations délivrées par la DSIO. Or, les agents sont nombreux à craindre l'expression d'exigences toujours plus importantes. Par exemple, il est possible que les clients expriment le souhait de pouvoir contacter un technicien jusque 20 heures, ce qui aurait bien sûr des conséquences sur l'organisation interne du service.

Le but de la communication, et notamment de cette réunion d'annonce au personnel, est précisément d'apporter des réponses à ce type d'inquiétude. La réponse à la crainte exprimée ci dessus a donc été de rappeler que même si les besoins des utilisateurs sont recensés et sont intégrés à la démarche, dont l'objectif final est bien sûr de répondre au mieux à leurs besoins, ceux-ci ne déterminent pas complètement l'organisation que le service adoptera. Un arbitrage sera opéré en fonction des ressources et des contraintes internes.

Plus globalement, cet exemple montre la crainte qu'une démarche relativement méconnue peut susciter parmi les agents. La tenue d'une réunion « d'annonce » au personnel est donc de première importance car elle permet tout à la fois d'exprimer l'engagement de la direction sur ce point, d'expliquer la démarche et de rassurer les agents, enfin de créer une dynamique de groupe qui se révélera fondamentale pour la suite du travail.

2.2 Les étapes préalables à la définition des engagements de service et à la construction du référentiel.

2.2.1 La première étape est la réalisation de l'état des lieux de l'organisation actuelle du service : l'audit des agents de la DSIO.

Avant de proposer des changements dans l'organisation existante, il convient d'abord d'avoir une vision précise du mode de fonctionnement du service, de ses missions, des rôles de chacun et des éventuels dysfonctionnements détectés dans la réalisation de ces missions. Cet état des lieux est réalisé par le biais d'audits. Les audits ont pour objectif de photographier l'organisation à un instant donné. Chaque agent est audité individuellement.

Pour autant, cet audit est anonyme et ne porte pas sur les agents à proprement parler mais sur la fonction qu'ils occupent. Ce sont les fonctions et leur rôle dans l'organisation actuelle de la DSIO qui font l'objet de l'audit et non pas les personnes qui occupent les fonctions. Cette nuance est fondamentale car l'audit a pour objet de mieux connaître l'organisation du service et non pas d'évaluer les capacités des agents.

L'audit se déroule en plusieurs phases.

A) Première phase : la connaissance des missions de l'agent

Tout d'abord, l'auditeur demande à l'agent de décrire son poste, sa mission, la façon dont il réalise son travail, les différents processus auxquels il participe et quels en sont les résultats. Cette première phase concerne également ses attentes, ce dont il a besoin pour mieux faire son travail, notamment en terme de formation, les dysfonctionnements qu'il a pu constater dans son travail... Cette phase sert à révéler sa vision et ses souhaits quant à son travail. Elle permet une mise en confiance de l'agent ainsi qu'une mise en valeur de son rôle au sein de l'organisation.

Pour l'auditeur, cette phase de description du poste et des fonctions occupées apporte au fil des entretiens une connaissance complète de l'organisation et du rôle de chacun dans cette organisation. Les 14 entretiens successifs ont donc permis de reconstituer le puzzle et d'articuler les différents postes entre eux en fonction de leur positionnement dans les différents processus de la DSIO.

- B) Deuxième phase : la connaissance des attentes de leurs clients par les agents de la DSIO.

L'agent est ensuite interrogé sur la vision qu'il a de ses clients, qui il identifie comme étant ses clients, ce qu'ils font et attendent. Cette deuxième phase permet à l'agent de prendre conscience de la notion de besoins ou attentes clients.

De manière générale, les agents ont une bonne connaissance de leurs clients, identifiés comme étant la totalité du personnel du centre hospitalier et de façon indirecte le patient. Les attentes des clients sont également bien connues mais exprimées de façon différente selon les agents. Les agents considèrent les besoins de leurs utilisateurs comme étant à la fois la prise en compte immédiate des demandes de dépannage, la rapidité des interventions, l'information sur ces délais et sur le mode de résolution des dysfonctionnements, la résolution efficace des problèmes, la disponibilité des agents de la DSIO, en particulier les techniciens, le suivi des dépannages, la protection de leurs données personnelles...

Les agents sont donc tous conscients des attentes de leurs utilisateurs mais regrettent de ne pouvoir tous les satisfaire. Ils mettent en avant une charge de travail importante, une organisation parfois trop complexe pour permettre une réponse rapide et un manque de formation qui les obligent à faire appel aux sociétés extérieures pour certains types de dépannage qu'ils ne peuvent traiter eux-mêmes.

L'audit a ainsi révélé que les agents de la DSIO étaient désormais demandeurs vis à vis de la démarche entreprise dont ils perçoivent bien l'intérêt pour le service. Le changement est palpable et la réunion d'annonce dont on a déjà souligné l'importance a probablement eu un effet bénéfique et leur a permis de se familiariser avec la démarche.

- C) Troisième phase : la mesure des performances par l'existence d'indicateurs de résultats.

La troisième phase porte sur la façon dont l'agent mesure son travail et sa réalisation. Comment sait-il si sa charge de travail est plutôt lourde ou normale ? Comment priorise-t-il ses différentes tâches ? Ces questions portent sur des notions relativement intuitives mais qui s'apparentent aux concepts de mesure du travail réalisé et d'indicateurs de résultats. Cette phase permet de savoir s'il existe des procédures écrites au sein du service, quelles sont elles, comment sont elles mises en œuvre...

Cette partie de l'audit a révélé l'absence d'indicateurs formalisés au sein du service. De même, il n'existe pas de procédure écrite hormis quelques notes que certains agents se sont constitués de façon personnelle. Ceci explique la difficulté qu'ils sont nombreux à avoir souligné, à savoir la priorisation de leurs différentes tâches.

Il n'existe, par exemple, pas de protocole concernant le Help Desk²⁰. Les agents ont donc chacun leur façon personnelle de travailler et de prioriser les dépannages. Certains agents dépannent de façon prioritaire le service des urgences, d'autres les secrétariats, d'autres les plateaux techniques, d'autres encore les médecins, d'autres enfin prennent leur intervention dans l'ordre d'appel sans hiérarchisation particulière. Cet exemple très concret montre bien qu'il n'existe pas de procédure formalisée au sein du service qui arrête un ordre de priorisation précis que les agents appliqueraient tous à l'identique. Les techniciens doivent donc faire eux-mêmes l'arbitrage, ce qui engendre une certaine confusion et une disparité des pratiques évidente. Au contraire, l'affichage d'un ordre de priorité qui serait diffusé au sein de l'établissement permettrait de justifier le délai d'attente de certains services ou utilisateurs classés comme non prioritaires et d'assurer à d'autres services une réponse rapide à leur demande.

Cet exemple montre bien l'enjeu de la démarche de certification de services dans la mesure où elle permet de mettre le doigt sur les dysfonctionnements de l'organisation existante dont la DSIO n'a pas forcément conscience et dont la résolution apportera un accroissement de la satisfaction des utilisateurs et des agents eux-mêmes.

D) Quatrième phase : les engagements de l'agent vis à vis de ses clients.

La dernière phase de l'entretien d'audit concerne les engagements que l'agent souhaiterait prendre, c'est une phase d'ouverture vers ce que l'agent pressent comme étant les engagements qui répondent au mieux aux attentes des clients. Plus largement, cette phase doit permettre à l'agent d'exprimer la façon dont il voudrait voir la DSIO évoluer, la DSIO telle qu'il aimerait qu'elle soit dans plusieurs années.

²⁰ Le Help Desk est une permanence téléphonique pour les dépannages informatiques. Elle est assurée les jours ouvrables, soit du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 12 h et de 13 h 30 à 16 h 30. L'appel est enregistré en temps réel et fait l'objet d'une fiche d'intervention qui est transmise immédiatement au technicien concerné qui gère les dépannages selon leur degré d'importance.

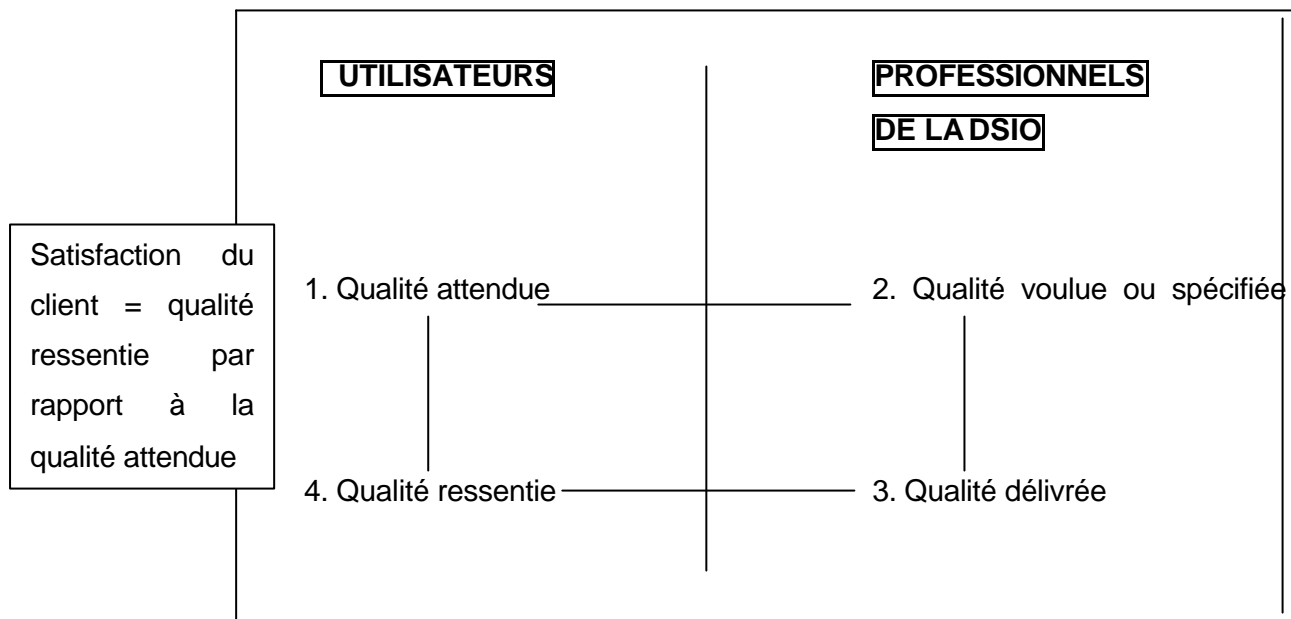
Les agents ont pour la majorité d'entre eux exprimé le besoin de formation afin de maintenir et de développer leur savoir-faire au sein de la DSIO. Ils souhaitent également plus de communication au sein du service et un décloisonnement de son mode de fonctionnement. Ce souci révèle leur profond attachement à la DSIO mais traduit aussi leur inquiétude et leur volonté d'évoluer pour rester efficace.

Suite à l'audit de chacun des agents de la DSIO, émerge une vision plus précise de l'organisation et des missions de chacun. Par ailleurs, la trame du questionnaire de satisfaction que les clients devront renseigner se détache également suite à la réalisation de ces audits. Ces audits, nous l'avons déjà signalé, ne doivent donc en aucun cas s'apparenter à une visite d'inspection ou de contrôle mais c'est une façon de connaître la répartition des tâches au sein du service. Il ne s'agit pas de pointer des erreurs personnelles mais plutôt de faire émerger des pistes d'amélioration dans l'organisation collective du travail. L'optique est donc complètement différente et vise le correctif plutôt que le punitif.

Le compte rendu de l'audit global des agents de la DSIO a révélé un certain nombre de points forts dans l'organisation actuelle tels que la conscience générale de travailler en faveur de la satisfaction des clients de la DSIO, une bonne connaissance des attentes des clients, une politique novatrice et pragmatique par la mise en place de référents informatiques, l'existence d'un schéma directeur, l'implication de la direction, la polyvalence des agents, la gestion préventive des interruptions du réseau et l'information en amont des utilisateurs. De même, des pistes d'amélioration ont été dégagées par les auditeurs : la priorisation des interventions des techniciens (dépannage), la mise en place d'un plan de formation, la meilleure information des utilisateurs sur le délai et les modalités de dépannage, la rédaction de procédures, la création d'indicateurs de pilotage de l'activité, l'amélioration de la communication en interne, l'amélioration de la gestion du parc informatique et des consommables...

Cependant, pour connaître de façon précise l'efficacité de l'action de la DSIO, il ne suffit pas seulement de réaliser un audit interne. Il faut également identifier les attentes des utilisateurs et mesurer leur satisfaction vis à vis des prestations que leur délivre la DSIO. En effet, une organisation n'est jamais bonne ou mauvaise en soi ; elle est plus ou moins adaptée aux attentes qui pèsent sur elle. D'où la nécessité lors de cette démarche de recueillir sur le terrain le ressenti des utilisateurs.

2.2.2 La construction du référentiel nécessite au préalable une double analyse fondée sur la prise en compte des attentes des clients et l'identification précise du niveau actuel de performance de la DSIO.



1. La qualité attendue par le client se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou du service.
2. La qualité voulue est formulée par le prestataire sous la forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.
3. La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le client.
4. La qualité ressentie est celle que perçoit le client ; elle dépend de la qualité attendue et de la qualité délivrée.

Ce schéma indique qu'il est nécessaire pour la DSIO de connaître les attentes de ses clients afin que la qualité voulue puis délivrée par la DSIO soit adaptée aux exigences des utilisateurs de la DSIO. On constate que la qualité voulue ou spécifiée par la DSIO doit être largement influencée par la qualité attendue par les clients. Pour reprendre les termes de F. Lacroze, directeur de SGS Qualicert : « il n'y a pas de qualité intrinsèque ; la qualité n'existe pas. Ce qui existe, c'est la réponse à des besoins ». Par ailleurs, la réussite d'un projet tel que celui de la DSIO nécessite qu'il sache répondre de manière opportune et adéquate à l'attente des utilisateurs. Cette réussite pour le centre hospitalier de Valenciennes se situe dans l'amélioration des rapports de travail internes et dans la mise en œuvre d'un véritable partenariat avec les services de soins et les autres services administratifs qui sont les destinataires principaux des prestations de la DSIO.

La construction du référentiel passe par deux étapes préalables : dans un premier temps, l'analyse des besoins des utilisateurs concernant les prestations délivrées par la DSIO et dans un second temps, la mesure exacte des possibilités techniques de la DSIO en fonction de ses contraintes, de ses ressources présentes en quantité limitée et du niveau actuel de ses prestations, qu'il faudra mesurer précisément. Le référentiel se construit en effet en mettant en balance les besoins des clients et les possibilités concrètes d'amélioration largement dépendantes du niveau actuel de performance, ce qui nécessite une évaluation précise de chacun de ces deux items. Nous allons nous attarder sur ces deux phases préparatoires à la construction du référentiel.

- A) L'écoute des clients se caractérise par l'identification et l'analyse des besoins des utilisateurs.

Les démarches de certification de services, nous l'avons vu à travers nos exemples, sont initiées pour des raisons diverses mais répondre aux attentes des clients reste l'objectif premier. Tous les référentiels s'appuient en effet sur des enquêtes de satisfaction menées auprès des clients finaux.

Cette préoccupation décisive doit non seulement orienter l'activité quotidienne de la DSIO mais également les choix stratégiques qu'elle est amenée à faire, notamment lors du développement de nouveaux produits. L'écoute client est une composante indispensable de tout système qualité. Toute recherche d'amélioration passe nécessairement par le constat et l'analyse de l'existant.



De fait, avant de se lancer dans la définition de ses engagements, la DSIO a dû travailler précisément sur la définition de son service à partir de questions simples : qui sont mes clients ? Quelles sont les prestations fournies ? Que recherchent les utilisateurs ? Quels sont les moyens dont dispose la DSIO pour réaliser ses prestations ?... Réaliser un tel travail permet à l'organisme de définir la façon dont il prend en compte les différentes attentes des utilisateurs et à quel niveau de performances il s'engage pour ensuite pouvoir rédiger le référentiel du service.

La façon la plus fréquente de recueillir les besoins et les demandes des clients du service concerné par la certification est l'élaboration de questionnaires de satisfaction. C'est cette méthode qui a également été retenue par la DSIO.

C'est en effet l'outil idéal pour recueillir la perception des clients sur les prestations délivrées. Le client a la possibilité d'exprimer son vécu par rapport à ses attentes. Les enquêtes sont réalisées lors d'entretiens individuels. Il est indispensable de mesurer la satisfaction des clients par rapport à leurs attentes et non par rapport à ce que produit le service. Le questionnaire s'oriente délibérément du point de vue du client. Seule compte sa perception de la qualité du service, il importe donc de l'interroger sur sa satisfaction et son vécu. Le questionnaire est pour l'essentiel consacré au recueil de l'information sur la

satisfaction du client vis à vis de la prestation globale de l'organisme et ses différentes caractéristiques²¹.

Pour obtenir des informations les plus fiables possibles, il convient de bien définir le panel des personnes interrogées. Dans le cas de la DSIO, le panel est double. Il comprend d'une part, l'ensemble des grandes catégories professionnelles présentes au centre hospitalier (administratif, soignant, médical...) utilisatrices de la bureautique et des différentes applications, et porte d'autre part sur toutes les grandes applications informatiques utilisées au quotidien dans les services. Le centre hospitalier de Valenciennes compte plus de 80 applications informatiques. Il ne s'agit pas ici de toutes les prendre en compte. Seules les 12 applications les plus importantes ont été retenues dans l'échantillon, c'est notamment le logiciel de gestion administrative des malades, le logiciel de gestion financière, le logiciel de gestion des rendez-vous, celui de gestion du parc biomédical, celui de gestion des menus en cuisine, le serveur de résultat du laboratoire, le logiciel de radiologie, le logiciel de pharmacie de même que le site intranet. Ces applications sont les plus utilisées au sein du centre hospitalier, ce sont celles qui ont un impact important sur la satisfaction des utilisateurs.

Pour que les résultats du questionnaire soient considérés comme représentatifs, il convient d'interroger plus d'une cinquantaine de personnes. Une première trame du questionnaire a été élaborée ; le questionnaire définitif sera construit et validé par un groupe de travail réunissant une partie des agents de la DSIO et sa pertinence fera l'objet de tests auprès de quelques utilisateurs. Les entretiens vont débiter très prochainement et se dérouleront jusqu'au mois de novembre 2004.

L'enquête sert à approfondir la connaissance des attentes des utilisateurs, à les hiérarchiser en fonction de leur impact respectif dans la satisfaction des clients et à segmenter la clientèle en fonction de ses attentes. L'enquête permet aussi d'identifier les priorités d'amélioration, car elle fournit une photographie instantanée des points positifs ou négatifs concernant les prestations. Il permet de connaître les critères qualité qui comptent pour les utilisateurs, de hiérarchiser les critères qui influencent le plus la satisfaction globale des clients et de dégager les premières idées d'amélioration pour l'organisme. L'analyse des questionnaires permettra la priorisation des actions à entreprendre, notamment par l'analyse matricielle.

²¹ Voir la première ébauche du questionnaire de satisfaction de la DSIO en annexe 8.

La réalisation de questionnaires de satisfaction permet en effet de constituer une matrice et de mettre en parallèle la satisfaction du client vis à vis d'une prestation donnée et l'importance qu'elle revêt à ses yeux. Cette comparaison est très utile pour déterminer un programme d'action. En effet, le service ne peut pas mettre en place un nombre illimité d'actions et doit établir une hiérarchie dans les actions à engager. Une telle matrice permet d'identifier les actions prioritaires. Imaginons que le processus de Help Desk se place, après analyse des questionnaires de satisfaction, dans la catégorie des prestations jugées très importantes mais dont la prestation n'est pas satisfaisante, la DSIO devra prioritairement agir sur ce processus. Au contraire, les processus jugés par les utilisateurs comme étant peu importants ne feront pas l'objet d'une action immédiate mais seront traités ultérieurement. Ce schéma, certes caricatural, permet néanmoins de catégoriser les prestations délivrées et les actions correctives à mettre en œuvre en fonction de leur degré d'urgence.

Satisfaction des utilisateurs vis à vis de la prestation fournie

<p>Prestation considérée comme étant peu importante mais satisfaisante</p>	<p>Prestation considérée comme très importante et satisfaisante</p>
<p>Prestation jugée comme n'étant ni importante ni satisfaisante</p>	<p>Prestation jugée très importante par les utilisateurs mais qui n'est pas fournie de façon satisfaisante</p>

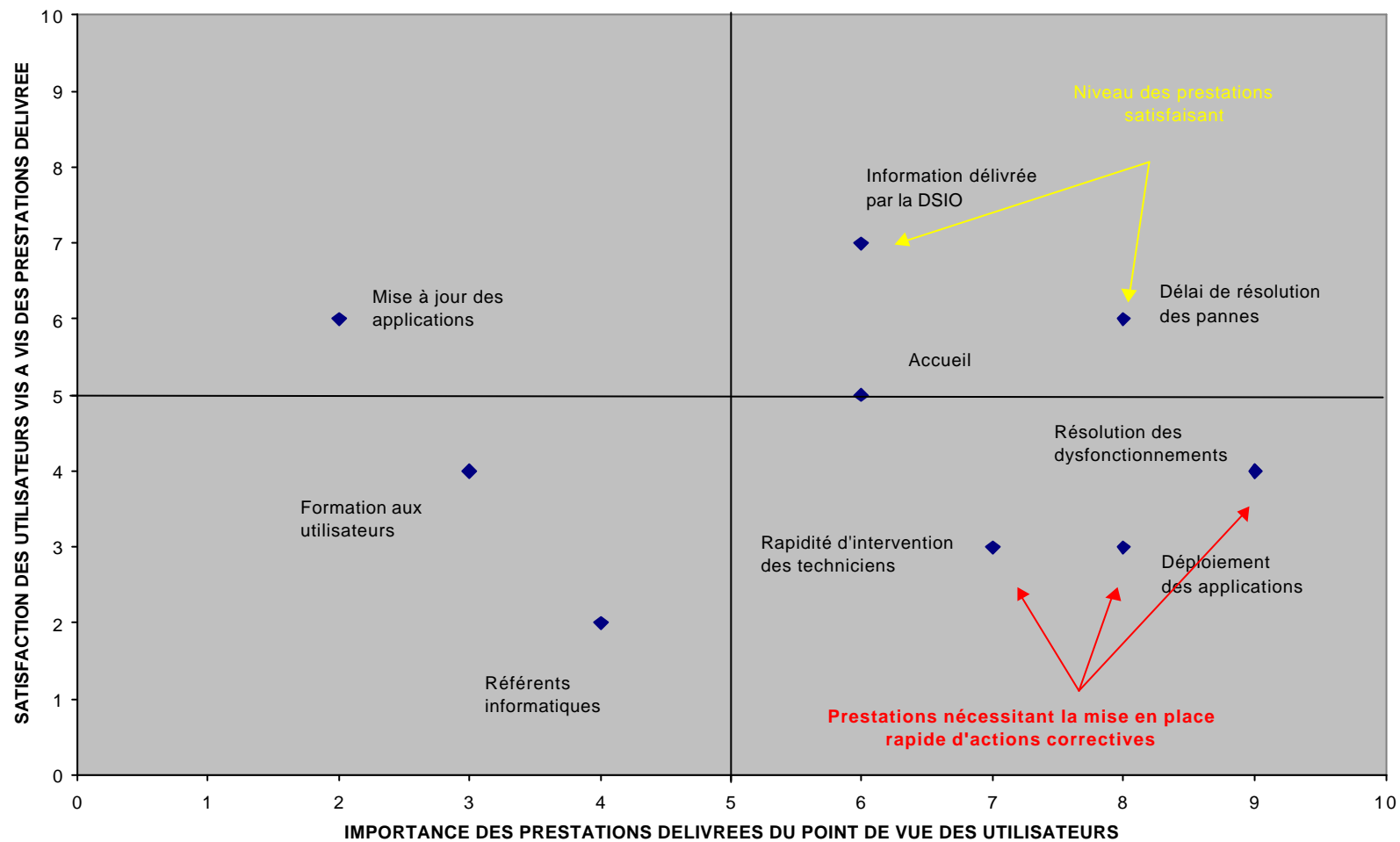
Importance accordée par les utilisateurs à la prestation

Prenons un exemple plus concret mais fictif, l'ensemble des enquêtes n'ayant pas encore été réalisé à l'heure actuelle. On suppose de façon arbitraire que :

- La moyenne recueillie lors du questionnaire de satisfaction concernant la prestation d'accueil de la DSIO est une note de 6 en importance et de 5 en satisfaction = (6 ; 5)
- La moyenne concernant la résolution des dysfonctionnements est une note de 9 en importance et de 4 en satisfaction = (9 ; 4)
- La moyenne concernant l'information délivrée par la DSIO est une note de 6 en importance et de 7 en satisfaction = (6 ; 7)
- De même, pour l'item des délais de résolution des pannes = (8 ; 6)
- La rapidité d'intervention des techniciens = (7 ; 3)
- La formation délivrée aux utilisateurs = (3 ; 4)
- L'efficacité de la résolution des problèmes = (9 ; 4) Le déploiement des applications informatiques = (8 ; 3) La mise à jour des applications informatiques = (2 ; 6)
- Les référents informatiques = (4 ; 2) ...

On obtient donc la matrice suivante :

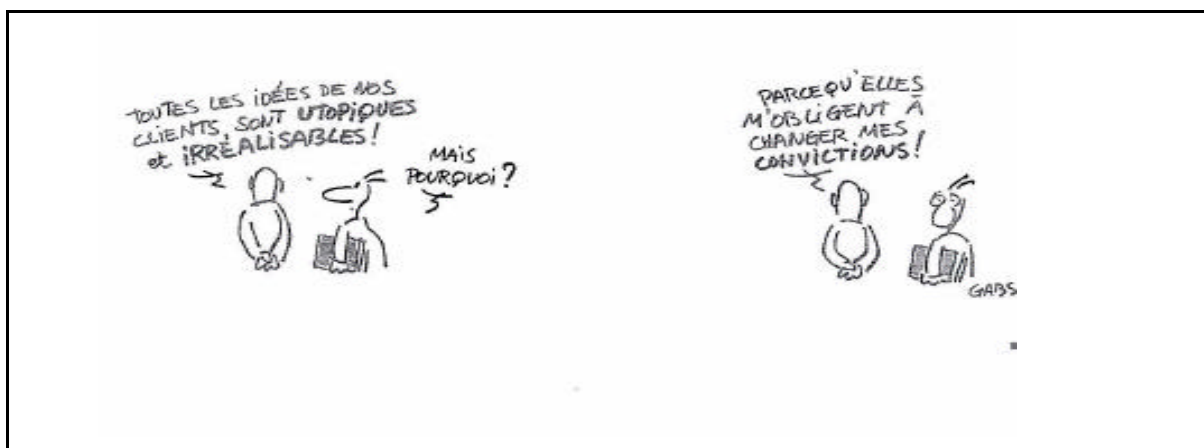
ANALYSE MATRICIELLE



On obtient donc un nuage de point. Il s'agit dès lors d'identifier, en gardant à l'esprit le précédent schéma, les points et les prestations qui relèvent d'une catégorie ou d'une autre en fonction de leur localisation sur la matrice. On sait immédiatement identifier les items nécessitant la mise en place d'actions correctives, par exemple la résolution des dysfonctionnements et le déploiement des applications, celles dont le niveau est globalement satisfaisant, comme le délai de résolution des pannes et l'information délivrée par la DSIO... Ce type de visualisation constitue un réel outil d'aide à la décision.

Cette phase de recueil des attentes des clients est, répétons le, fondamentale. Le client est certainement l'élément le plus fédérateur des forces internes d'un service. Les résultats du questionnaire devront donc faire l'objet d'une communication à la fois en direction des agents de la DSIO mais également en direction des utilisateurs c'est-à-dire l'ensemble des agents du centre hospitalier.

Donner une visibilité de ce que pensent les clients n'est pas neutre. C'est une décision forte de la direction signifiante pour tous. Cette décision affiche une volonté de changement culturel d'un organisme prêt à se remettre en cause, sans laquelle la certification de services n'est pas possible.



- B) Les prestations actuellement délivrées par la DSIO doivent ensuite être évaluées afin d'être mises en conformité avec les besoins identifiés des utilisateurs.

Le service ne doit donc pas se contenter de recueillir les besoins de ses utilisateurs mais également faire l'état des lieux de la qualité de ses prestations afin de garantir une adéquation la plus proche possible avec les exigences formulées. Il paraît en effet logique avant de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité de connaître précisément et de façon objective le niveau de qualité initial du processus.

La démarche de certification doit être nécessairement sous-tendue par la mise en place d'outils concrets. Il importe d'évaluer le degré de maîtrise du processus à certifier pour éviter que des engagements deviennent structurellement et organisationnellement intenable. Il ne faut pas placer la barre trop haute, ce qui aura pour seul effet de décourager les agents. Les engagements présents dans le référentiel doivent donc, certes dépendre des besoins des clients, mais aussi des contraintes et des ressources disponibles de la DSIO. Ces ressources et les possibilités qu'elles offrent doivent être mesurées préalablement à la rédaction du référentiel.

L'audit de l'organisation de la DSIO a montré que les agents manquaient cruellement d'indicateurs de résultats et qu'il leur est actuellement très difficile de mesurer leur activité. On peut seulement citer les résultats des questionnaires de satisfaction envoyés après chaque intervention des techniciens mais ces questionnaires sont seulement exploités chaque semestre et ne sont pas significatifs en terme d'activité. Ils ne permettent pas un réel pilotage de l'activité. De même, aucune analyse n'est faite de ces questionnaires. Par exemple, les résultats de l'année 2003 ont révélé un nombre d'appels très important les lundis et mardis comparativement aux autres jours de la semaine. Or personne ne s'est interrogé sur les raisons de ces pics de fréquentation du Help Desk, aucune analyse précise n'a été effectuée suite à ce constat. Aucune mesure corrective ne peut donc être prise pour remédier à ce phénomène. On peut donc s'interroger sur l'utilité de ces questionnaires qui ne font l'objet d'aucune communication au sein du service, ni d'aucune analyse particulière, ce qui constituent pourtant les principales raisons qui président habituellement à la construction d'indicateurs.

Les indicateurs actuels de la DSIO s'ils peuvent fournir une source d'informations importante ne sont donc pas exploités actuellement. En outre, le fait qu'ils ne soient communiqués ni aux agents de la DSIO, ni aux personnels du centre hospitalier amoindrit considérablement leur raison d'être. La DSIO ne s'appuie donc sur aucun tableau de bord pour piloter son activité. La démarche de certification va permettre de construire de tels

outils et également de sensibiliser la DSIO à leur utilité et à la nécessité de se référer à de tels outils.

Il faut donc construire des indicateurs pertinents pour mieux piloter l'activité de la DSIO. Il est par exemple nécessaire de disposer pour chaque application et chaque logiciel de la DSIO du recueil des dysfonctionnements et de leur suivi pour une meilleure traçabilité des événements et une exploitation des données. On peut imaginer aussi que les agents constituent une base de données concernant les interventions qu'ils effectuent permettant d'établir une typologie des problèmes rencontrés et le mode de résolution utilisé. Ce serait un retour d'expérience intéressant et un outil facilitant le travail quotidien des techniciens de la DSIO. De même, il est indispensable qu'existent des seuils d'alerte pour identifier les applications qui posent régulièrement problème... Tout ceci participe à l'élaboration de tableaux de bord, réels outils de pilotage de l'activité qui font actuellement défaut à la DSIO.

2.2.3 La description précise des processus de la DSIO permet de compléter l'état des lieux de l'organisation du service, étape indispensable pour l'évolution et l'amélioration de cette même organisation.

Cet état des lieux doit commencer par le recensement des processus existants au sein du service.

A) La description des processus.

Le processus est selon la définition ISO 2001, un ensemble d'activités corrélées et interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie.

L'approche processus est l'épine dorsale de tout processus de certification. Le réel travail commence par le recensement des processus mis en place par le service. C'est l'une des étapes la plus longue de la certification. Cette étape de description des processus est fondamentale. Elle conduit à la réalisation de schémas représentant la situation actuelle du processus, c'est à dire que toute activité du service peut être décrite sous la forme d'un processus.

Chaque processus est analysé dans son fonctionnement actuel, ce qui permet d'identifier les points clef du processus de même que les dysfonctionnements en situation réelle afin de définir ensuite des actions d'améliorations. Les processus clef sont des

processus permanents, opérationnels et fonctionnels qui ont le plus d'importance au sein du service et qui ont le plus d'impact sur la satisfaction du client ou qui génèrent d'importants dysfonctionnements et dont l'amélioration conditionne les résultats du service. Ils sont en nombre limité.

Cette étape de description recouvre plusieurs actions :

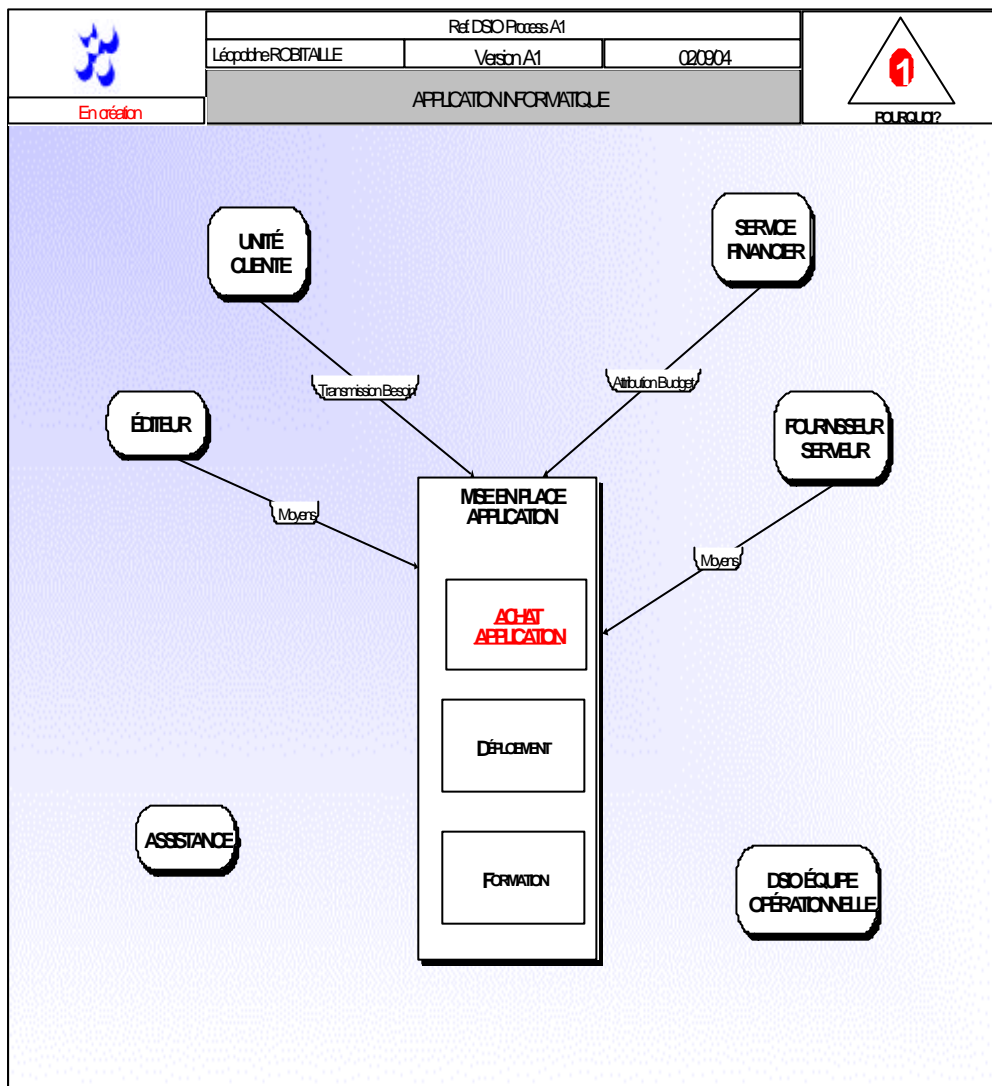
- La description proprement dite qui permet de mettre en évidence les interfaces entre les différents intervenants du processus.
- L'identification des dysfonctionnements et le recueil des données permettant de les quantifier.
- L'analyse de l'origine des dysfonctionnements qui permet de situer les dysfonctionnements, soit lors d'une des étapes, soit à l'interface de deux étapes. Cette analyse aboutit à un diagnostic.

La description des processus internes se fait sous la forme de logigrammes réalisés à l'aide de l'outil informatique « Qualigram ». Les logigrammes permettent de découper l'information selon différents niveaux afin d'obtenir un travail synthétique cohérent. C'est ce que l'on appelle la pensée graphique. Le logigramme est la traduction dynamique d'une procédure textuelle par une approche processus et systémique.

Le principe est celui des poupées russes. Trois niveaux coexistent :

- Le niveau stratégique : c'est un niveau macroéconomique qui ne rentre pas dans le détail des acteurs, de leurs outils ou de la chronologie et qui reste très synthétique dans sa description du processus. Ce niveau s'intéresse à ce vers quoi tend le processus, sa raison d'être et sa finalité.

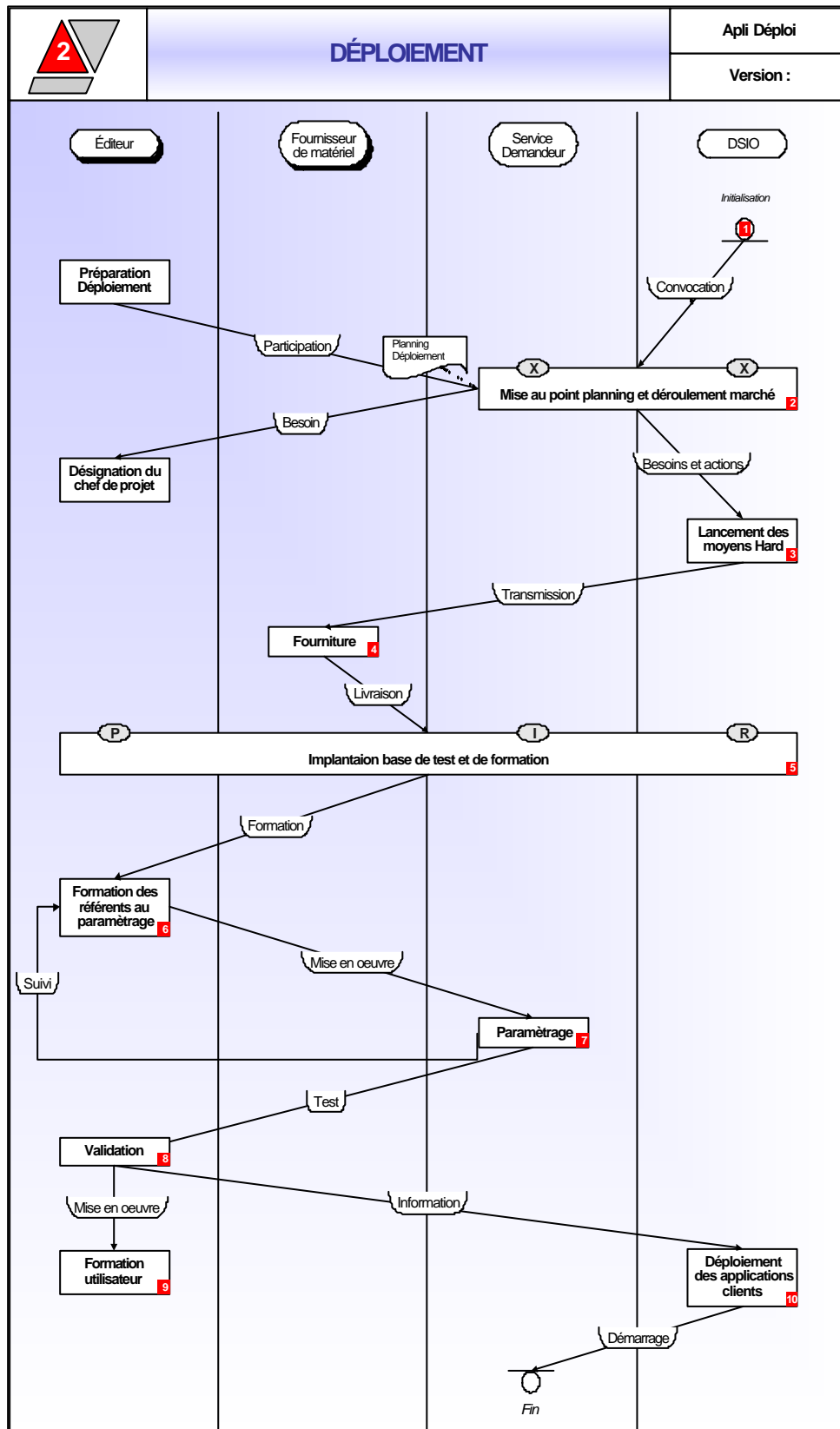
Le schéma suivant est par exemple la description du processus d'achat d'un logiciel vu à un niveau stratégique macroéconomique. On voit qu'interviennent différents acteurs : l'unité cliente qui exprime un besoin, les services financiers qui allouent des moyens, l'éditeur qui fournit le logiciel et le fournisseur de serveur qui fournit le serveur sur lequel on installera le logiciel. Ce schéma reste très général et ne permet pas de connaître les outils de chacun des acteurs, la chronologie du processus... Le même travail devra être fait pour les phases qui suivent à savoir le déploiement du logiciel et la formation au logiciel. Ces trois sous processus qui apparaissent dans le rectangle central participent au même processus qui est celui de la mise en place d'une application informatique.



Pour plus de détails dans le déroulement du processus, il faut affiner le travail de description.

- Le niveau organisationnel : le niveau 2 est celui des procédures c'est à dire qu'il intègre les différents acteurs d'un même processus, leurs interactions, leurs outils et moyens d'action et suit une chronologie précise. Ce niveau exprime qui fait quoi et quand lors de la réalisation d'un processus. Le schéma qui suit est la description du processus de déploiement d'une application informatique à un niveau deux. On voit bien dans quelle mesure et à quel moment intervient chaque acteur dans le processus, ce qui différencie ce niveau de description du niveau 1 précédemment

décrit. Ce processus est ainsi décrit dans sa totalité de façon relativement simple et lisible.



PROCESSUS DE DEPLOIEMENT D'UNE APPLICATION INFORMATIQUE

1. Initialisation (Début)

La DSIO initialise une réunion avec le titulaire du marché et le groupe projet pour finaliser le planning de déploiement. Le planning est un document contractuel qui sera signé par les deux parties. Celui-ci détermine aussi le rythme des paiements.

2. Mise au point du planning

Le fournisseur présente son planning prévisionnel et fixe les dates d'intervention en accord avec la DSIO.

3. Lancement des moyens Hard

La DSIO se charge de commander le serveur de test soit chez l'éditeur, soit chez un autre fournisseur.

4. Fourniture

Après analyse de la demande, le fournisseur de serveur envoie une offre et après acceptation livre le matériel commandé.

5. Implantation de la base de test et mise en place de séances de formation

Une base de test est installée pour le paramétrage et la formation des référents informatiques.

6. Formation des référents au paramétrage

Les référents désignés par la DSIO sont formés au paramétrage de l'application.

7. Paramétrage

Les référents paramètrent le logiciel avec leurs données d'utilisateurs telles que les noms des médecins, les plages de prise de rendez-vous, les services concernés et procèdent à la gestion des mots de passe et des accès.

8. Validation

Dans cette phase, l'éditeur doit vérifier que les interfaces fonctionnent avec les applications déjà en place.

9. Formation des utilisateurs

La formation est réalisée après la réalisation des tests et est prise en charge par l'éditeur.

10. Déploiement des applications clients

La DSIO, en liaison avec l'éditeur, installe les applications clients sur les différents postes.

- Le niveau opérationnel : il se décline en protocole pour chaque agent et entre dans un niveau de détail important. Chaque protocole vaut pour un agent en particulier en fonction de son rôle dans le processus. Le niveau 3 détaille le comment, c'est à dire le mode opératoire du processus.

Cette phase de description est dénommée « la cartographie des processus ». L'objectif est d'obtenir une vision précise et synthétique des différents processus mis en œuvre au sein de la DSIO pour avoir au final une vision claire et complète de l'organisation. La phase de description des processus conjuguée à celle de la réalisation de l'audit des agents constituent une source d'informations concernant l'organisation actuelle de la DSIO d'une extrême richesse qui s'avérera utile par la suite, pour l'élaboration du référentiel et la réorganisation du service notamment.

La description d'un processus permet en effet de mettre en évidence les imperfections de ce processus : redondance, excès de complexité, étapes sans valeur ajoutée ou génératrices de risques. L'approche processus permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la prestation du service ; elle améliore la performance et les processus transversaux en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle. La compréhension des différentes étapes de processus et la maîtrise des interfaces permet de le modifier de façon à obtenir les résultats attendus de façon régulière, fiable et efficiente. Il existe plusieurs processus à la DSIO eux-mêmes décomposés en sous processus. On peut par exemple citer le processus de Help Desk, le processus d'acquisition des applications, celui de mise à jour des applications informatiques qui se décomposent en plusieurs étapes et font intervenir différents agents.

Cette étape n'a pas été complètement réalisée à la DSIO à l'heure actuelle. Des groupes de travail vont être constitués avec les agents, chacun d'entre eux étant chargé de décrire un ou plusieurs processus de la DSIO. Cette phase implique une charge de travail importante mais l'association des agents est nécessaire. Elle leur permettra d'être conscients de la diversité des processus qui existent à la DSIO et de leur rôle respectif au sein de ces processus. A terme, il pourra être envisagé de mettre en place un système où chaque agent sera responsable d'un processus et devra le faire évoluer lorsque c'est nécessaire, réunir le groupe de travail pour modifier sa formalisation, communiquer aux autres agents et éventuellement aux utilisateurs, les changements intervenus... Cette appropriation des processus par les agents est encouragée par la direction et devrait introduire un réel dynamisme au sein du service, les agents étant directement

responsables et acteurs et non pas uniquement exécutants d'une politique déterminée par la direction.

- B) Les bénéfices de cette description des processus et de la formalisation des pratiques sont immédiats pour le service.

La phase de description se double bien entendu d'un travail de formalisation et de rédaction des processus. L'organisation doit être décrite de façon explicite. Mais l'objectif de cette formalisation n'est pas de figer l'organisation, elle constitue au contraire le point de départ permettant sa mise en œuvre maîtrisée, son évolution et son amélioration dans le temps. L'objectif final reste bien l'amélioration du service, la formalisation des pratiques n'étant bien sûr pas une fin en soi.

Comment concrètement la simple rédaction de processus peut elle permettre l'amélioration de ces mêmes processus ? Les bénéfices de la formalisation des pratiques sont pluriels :

- La formalisation se double d'une structuration de l'organisation car les dysfonctionnements apparaissent clairement et sont bien identifiés comme sources de lenteur et d'inefficacité. Une telle démarche doit avoir pour corollaire un certain changement des pratiques visant la résorption des dysfonctionnements constatés.
- La formalisation représente pour les agents une base d'informations plus fiable que la transmission orale. Elle constitue un moyen efficace pour communiquer dans l'entreprise par le langage commun que sont les procédures écrites. Elle homogénéise et rationalise les manières de travailler par des méthodes de travail partagées et efficaces. C'est fondamental lorsqu'il s'agit d'assurer à un client un niveau de prestations ou de qualité égale du service dans le temps, comme c'est le cas par exemple pour le processus de dépannage des utilisateurs.
- Elle permet également de connaître les compétences de chacun dans le service, ce qui a pour conséquence de décloisonner l'organisation. Le travail devient plus efficace et cohérent, chacun connaissant son activité et ses responsabilités de même que celles des autres membres du service. La formalisation est un outil utile lorsqu'un agent est absent ou en congé et que ses collègues doivent le remplacer dans un certain nombre de ses tâches. De même lorsqu'un nouvel agent embauché arrive dans le service, les procédures écrites lui fourniront une base fondamentale pour appréhender ses missions et celles de la DSIO.

- Elle permet aussi de s'évaluer en permanence en référence à un protocole écrit. Les audits mesurent le décalage entre ce qui est formalisé et les pratiques réelles et concrètes sur le terrain. Cela permet éventuellement d'adapter les procédures aux contraintes observées sur le terrain. En effet, tant que les activités restent floues, il est difficile d'évaluer leur efficacité. En revanche, dès qu'elles sont formalisées, cela permet d'une part leur évaluation et d'autre part une amélioration de leur mise en œuvre.

Si les avantages de la formalisation des pratiques sont réels, ils ne sont obtenus que lorsque celle-ci est bien réalisée. Une formalisation excessive peut par exemple alourdir et figer une organisation et nuire à sa réactivité. Il faut la réserver aux processus comportant un enjeu prioritaire en terme de maîtrise des processus. Une aide non négligeable est apportée par la société choisie pour nous accompagner pendant la démarche de certification. Elle fournit une aide méthodologique et un regard extérieur sur l'organisation du service.

Une fois l'organisation actuelle du service connue et formalisée et les attentes des utilisateurs identifiées, vient la phase de définition des engagements du service au sein du référentiel. Les engagements doivent être pris sur une base réaliste en fonction des contraintes internes de la DSIO tout en correspondant aux besoins des clients. C'est pourquoi les phases que nous venons de décrire constituent des étapes indispensables au sein de la démarche de certification de services.

2.3 La définition des engagements de services et la construction du référentiel.

Après avoir réalisé l'état des lieux de l'organisation du service et identifier les attentes des clients via l'analyse des questionnaires de satisfaction, il convient de débiter la phase de définition des engagements de services et leur formalisation au sein du référentiel.

2.3.1 La formalisation des engagements de service de la DSIO.

La définition des engagements consiste en fait à établir le champ de la certification. Il est en effet possible de ne demander la certification que pour une partie des caractéristiques du service. Cette décision peut être motivée par celle d'associer

progressivement l'ensemble des services d'une structure à la démarche. Le syndicat interhospitalier de Bretagne (SIB) cité précédemment a adopté ce type de procédure. Son département « développement » a été certifié en janvier 1998, le département « diffusion » en juillet 2000. La certification globale, à l'exclusion de la production a été obtenue en septembre 2003 et l'extension à la production est prévue pour l'automne 2004. Cette démarche progressive est particulièrement adaptée aux grandes structures.

Au contraire, le service peut choisir de ne certifier que certaines caractéristiques spécifiques au détriment d'autres jugées moins significatives. Encore une fois, les caractéristiques formalisées dans le référentiel dépendent des résultats des enquêtes de satisfaction et des besoins des clients. Par exemple, si le questionnaire révèle que les préoccupations des utilisateurs se portent exclusivement sur le processus du Help Desk, la DSIO pourra choisir de ne certifier que ce processus. Dans les faits, ce n'est pas le cas, la DSIO souhaitant certifier l'ensemble de ses prestations, de l'acquisition d'une application à la gestion de ses dysfonctionnements.

Concrètement, la construction du référentiel est la recherche de conformité aux attentes exprimées par les clients par la caractérisation en terme de fonction à remplir par le service et par la spécification du niveau souhaité. Pour ce faire, il est essentiel d'avoir, lors de la phase précédente, identifier et hiérarchiser les principaux processus qui ont une influence sur la satisfaction du client et sur lesquels il faudra concentrer les efforts (loi de Pareto ou règle des 80/20).

Les engagements sont donc définis au niveau de la DSIO. Le référentiel est propre à chaque service candidat, il lui est propre et ne vaut que pour lui. Cependant, la DSIO n'est pas entièrement libre lors du choix des caractéristiques sur lesquelles elle s'engage. Celles-ci doivent résulter d'un arbitrage entre les attentes formulées par le client et les contraintes internes du service. Elles doivent également être objectivables, mesurables et contrôlables afin de pouvoir être valorisées auprès des clients.

Le contenu du référentiel doit être « auditable ». Ce que l'on appelle l'« auditabilité » désigne la capacité à utiliser et à extraire du référentiel des éléments objectifs et mesurables permettant de déterminer si les dispositions préétablies sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs. Les objectifs doivent donc être suffisamment précis pour être faciles à mesurer et à réaliser.

La construction de ce référentiel est fondamentale car pour évaluer correctement la qualité de son travail, il faut avoir des points de repère concrets et formalisés. Ensuite, il

faut identifier les engagements auxquels on peut prétendre. En effet, le nombre de sujets potentiellement concernés par une telle démarche qualité et le nombre de problèmes à régler apparaissent rapidement importants. Le risque est de se fixer des objectifs trop ambitieux et de ne pas avoir la possibilité effective de les atteindre.

Pour des raisons à la fois techniques, culturelles et de limitation des moyens disponibles, la démarche doit s'envisager de façon progressive. Ce principe de progressivité conduit à se concentrer sur des priorités c'est à dire sur les points qui produiront les améliorations les plus notables. Le référentiel doit donc contenir des engagements pertinents correspondants aux attentes des clients, aux contraintes internes du service et certifiables matériellement.

2.3.2 Un exemple de référentiel : les engagements pris par un service de Help Desk.

La définition définitive des engagements de la DSIO et l'élaboration du référentiel n'est pas à l'heure actuelle achevée, mais voici un exemple des engagements qui pourront figurer dans le futur référentiel de la DSIO. Les engagements seront bien sûr modifiés en fonction du recueil des attentes des clients et de l'analyse de leurs priorités, de même que des ressources internes au service, ce qui permettra de constituer un référentiel qui soit propre à la DSIO.

Caractéristiques spécifiques aux processus de maintenance corrective				
Les clients ont l'assurance du traitement des dysfonctionnements (défaillances des matériels, désordre...)²²				
Caractéristique exigée	Détail de la caractéristique ou des moyens mis en œuvre	Objectifs quantifiés fixés	Enregistrements et documents	Modalités de contrôle interne
Le client a l'assurance de la prise en charge des dysfonctionnements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le service maintenance dispose au minimum d'un point d'entrée pour accueillir les demandes des clients : point d'accueil. Chaque dysfonctionnement rapporté fait l'objet d'un enregistrement horodaté. ▪ L'ensemble des clients dispose de moyens adaptés pour solliciter ce point d'accueil soit par un numéro de téléphone, par un bouton d'appel spécifique, par une messagerie papier ou électronique. ▪ Le point d'accueil est actif durant une plage horaire adaptée à l'activité normale de la structure. Les horaires sont validés par le chef d'établissement. ▪ Les biens (équipements, locaux...) disposent de signalétique, de repère unique permettant aux clients demandeurs et aux intervenants de localiser le dysfonctionnement. ▪ Le point d'accueil prend en compte la demande et est en mesure d'annoncer un 	8H 18H (par exemple)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enregistrement sur la main courante ▪ Identification du ou des points d'accueil ▪ Procédure de prise en compte d'une demande de maintenance correctrice <p>Affichage des horaires du service normal et des horaires de service dégradé (astreintes, urgences...) Inventaire des biens (codification) Étiquettes, marquage sur les biens Consignes</p> <p>Liste des intervenants disponibles, contrats</p>	<p>Vérification documentaire Visuel, état des contrôles</p> <p>Vérification documentaire</p> <p>Vérification documentaire Visuel Vérification documentaire</p> <p>Vérification</p>

²² Ce tableau est un exemple de ce que peut être une caractéristique dans le référentiel de la DSIO. Il a été fourni par la société SGS ICS afin d'aider la DSIO à construire son propre référentiel

	délai d'intervention au client après consultation des intervenants (prise en compte du degré d'urgence de l'intervention et de la charge de travail des intervenants).	Délai d'intervention sur problème critique à 4 heures		documentaire Contrôle journalier des demandes et de l'état d'avancement
Le client a l'assurance d'une intervention efficace : - rapidité - solutions de rechange	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le point d'accueil est en mesure d'orienter chaque dysfonctionnement relevé vers l'entreprise, le service ou l'intervenant compétent. ▪ L'intervenant prend en compte toutes les mesures de sécurité nécessaires ▪ L'intervenant effectue un premier diagnostic en 3 étapes : <ol style="list-style-type: none"> 1. effets constatés 2. causes probables 3. solution à apporter ▪ L'intervenant résout le dysfonctionnement en une ou plusieurs interventions et contrôle le résultat de son travail. ▪ La maintenance tient à disposition du client l'état d'avancement de l'intervention. trois états au minimum sont suivis : <ol style="list-style-type: none"> 1. demande enregistrée 2. diagnostic effectué 3. demande soldée 	<p>Délai de 48H après l'appel pour réaliser le premier diagnostic</p> <p>100% des demandes enregistrées disposent d'un suivi d'état d'avancement</p>	<p>Liste des intervenants qualifiés, des astreintes avec le numéro de téléphone, de bip des intervenants</p> <p>Liste des intervenants qualifiés</p> <p>Documents d'aide au diagnostic</p> <p>Main courante</p>	<p>Vérification documentaire</p> <p>Contrôle journalier des demandes et de leur état</p>

On observe que le titre de caractéristique doit être rédigé en terme de résultat valorisable vis à vis des utilisateurs et non pas en terme d'organisation interne et en adéquation avec le détail et les moyens mis en œuvre. On retrouve une nouvelle fois la distinction entre les normes ISO centrées sur l'organisation interne et la certification de services tournée vers le résultat et la satisfaction des utilisateurs indépendamment de l'organisation mise en place en interne. Ces engagements doivent être respectés à 100% et de façon constante dans le temps.

2.4 Les étapes postérieures à la définition du référentiel.

2.4.1 La validation du référentiel.

Nous avons vu précédemment que chaque structure candidate à la certification de services élaborait son propre référentiel en fonction des attentes de ses clients mais aussi de ses ressources et contraintes internes. Cependant, le référentiel revêt une importance qui dépasse le seul niveau interne et a une portée publique et nationale. Sa validation obéit à une procédure bien précise.

Une fois le référentiel élaboré, il est examiné par le comité de certification. Ce comité est constitué de quatre collègues :

- Le premier collègue est celui des pouvoirs publics et est représenté par le ministère de tutelle de la structure candidate. Dans le cas de la DSIO, il s'agira bien sûr du ministère de la santé.
- Le deuxième collègue est celui des professionnels du secteur concerné. Il devra dans le cas qui nous intéresse comprendre des personnes issues du secteur de l'informatique.
- Le troisième collègue est constitué d'utilisateurs et de clients de la DSIO.
- Enfin le dernier collègue est composé d'experts et de professionnels de la qualité. La DSIO peut par ailleurs proposer des personnes compétentes pour siéger dans ce collège.

Le comité est saisi après l'élaboration du référentiel et examine celui-ci, juge son « auditable » et sa pertinence. Le comité est une instance délibérative. Le débat est contradictoire en son sein. Ces débats doivent déterminer si le référentiel propose un

juste équilibre entre les attentes des clients dont le troisième collègue se fait principalement l'écho et les contraintes du service que les professionnels du secteur s'efforceront de souligner. La composition du comité vise précisément à ce que chacun des intérêts en jeu soit représenté de façon équilibrée afin de parvenir à un accord pragmatique qui satisfasse l'ensemble des collègues.

Il est possible lorsque le référentiel ne convient pas que le comité propose des modifications. La concertation doit au final aboutir à la validation définitive du référentiel.

L'étape suivante est la parution du référentiel au journal officiel sous forme d'un avis, ce qui lui confère sa portée publique, le référentiel pouvant être consulté par tous. Le référentiel, une fois validé et après sa parution au JO, pourra faire l'objet d'un audit de certification.

2.4.2 La mise en place du référentiel dans le service en cours de certification.

Si désormais le référentiel est auditable, un important travail de mise à niveau doit s'opérer sur le terrain avant que n'intervienne l'audit de certification. En effet, même si le référentiel est validé, cela ne signifie nullement qu'il soit parfaitement appliqué et respecté dans le service.

Cette phase de mise en œuvre est particulièrement longue et lourde en terme de charge de travail. Elle se caractérise par la réalisation d'un programme d'action garantissant aux clients un niveau de qualité conforme aux caractéristiques du référentiel que le service s'est engagé à respecter. Ce programme d'action doit être le plus exhaustif possible. La qualité du résultat final va dépendre autant du caractère approprié des pratiques de chaque intervenant que de l'organisation et des procédures en place dans le service.

Il faut tout d'abord communiquer en interne sur les nouveaux engagements que le service doit respecter de façon constante et durable. Des modifications substantielles de l'organisation existante doivent être réalisées, notamment pour répondre aux engagements que l'organisation actuelle ne peut honorer. C'est collectivement que les agents de la DSIO doivent définir une nouvelle façon de travailler.

Lors de cette phase, il faut s'appuyer sur les processus qui ont été précédemment décrits et qui ont pu faire apparaître les principales sources de dysfonctionnements responsables du non-respect de certains engagements.

Cette réorganisation du service passe aussi par la mise en place de formations en interne afin de donner au personnel les outils nécessaires à l'évolution des modes de travail. La mise en place d'une telle démarche suppose en effet un apport d'informations et de formation adapté aux besoins de chacun des acteurs du processus. La formation a pour objet d'élever le niveau de compétences et d'accompagner un changement culturel aboutissant à un changement de comportement. Les formations les plus bénéfiques sont celles du type formation action avec un délai entre la formation et la mise en œuvre le plus court possible. Ainsi, le personnel de la DSIO va suivre une formation spécifique intitulée « formation – action 5 S ». Cette formation constitue un outil efficace lors de toute démarche qualité. C'est une méthode qui prône l'ordre, le rangement et plus largement l'amélioration des conditions de travail et qui est un préalable au développement d'un état d'esprit de progrès continu, en particulier dans le contexte actuel marqué par la multiplication des documents et des matériels. Elle est axée sur 5 types d'actions à entreprendre de manière continue :

- SEIKETSU : être soigné et éliminer tout ce qui nous est inutile.
- SEISO : nettoyer et ranger tous les outils en fonction de leur fréquence d'utilisation et de leur lieu d'utilisation de façon à les retrouver facilement.
- SEITON : mettre en ordre.
- SEIRI : ranger, standardiser et établir des règles.
- SHITSUKE : respecter les procédures et les améliorer au fil du temps.

Cette phase d'application sur le terrain est donc une étape essentielle de la démarche et peut susciter l'inquiétude des agents devant les multiples changements qui s'annoncent. C'est pourquoi il faut maintenir une solide politique de communication en interne, notamment sur les bienfaits de la démarche. Cette phase est une phase critique car elle intervient alors qu'un important travail a déjà été réalisé et que la fin de la démarche apparaît encore lointaine. Un certain découragement peut donc légitimement se faire sentir. La direction doit donc maintenir intact son engagement dans la démarche et son soutien au personnel.

La phase de mise en place sur le terrain doit s'achever par le contrôle en interne des résultats des actions entreprises et l'examen du fonctionnement des processus mis en place par des outils de détection et de mesure (suivi des indicateurs de satisfaction et

des dysfonctionnements). Les indicateurs élaborés précédemment prennent, pendant cette phase, toute leur importance et s'avèrent un outil fondamental permettant l'autoévaluation et la mise en œuvre immédiate d'actions correctives.

2.4.3 Les audits.

Une fois que la direction du service a mis en place les modifications nécessaires au respect des engagements formalisés dans le référentiel, un audit blanc est réalisé pour tester l'effectivité du respect des engagements. Dans le cas de la DSIO, c'est la société EPG Conseil, chargée de l'accompagnement du service, qui effectuera l'audit blanc. Celui-ci se tient dans les conditions identiques à celles de l'audit de certification.

L'audit blanc a pour objet de déceler les éventuels dysfonctionnements résiduels que le service n'a ni identifiés ni corrigés et susceptibles de faire obstacle à l'attribution du certificat. Les conclusions de cet audit doivent être suivies d'actions correctives sur le terrain afin que l'écart entre les engagements formalisés dans le référentiel et les pratiques du service soit nul ou réduit le plus possible. Cette étape est également très importante car elle est la dernière avant la tenue de l'audit de certification.

Celui-ci sera effectué par la société SGS ICS. Avant l'audit, le responsable d'audit rédige compte tenu des exigences du référentiel une proposition de plan d'audit adressé au service candidat qui doit le valider avant la venue de l'équipe d'audit. Il se présente sous la forme d'un découpage des journées d'audit en différentes étapes, tous les processus devant être audités.

La direction du service a un rôle important à jouer avant la tenue de l'audit. Il lui faut poursuivre sa politique de communication, motiver et rassurer les équipes, les préparer à répondre aux questions et réexpliquer le pourquoi de l'audit. Il faut en effet démystifier l'audit auprès des acteurs de terrain qui appréhendent souvent cette étape.

Cependant, il est vrai que l'auditeur certificateur dispose d'une totale liberté d'investigation en fonction du plan d'audit qu'il aura élaboré. C'est son obligation de confronter la réalité et les affirmations de l'établissement. A ce titre, il rencontre tous les agents qui interviennent dans le champ de la certification.

L'audit de certification se conclut par l'attribution ou la non attribution du certificat Qualicert. L'auditeur remet son rapport au comité de certification qui arrête une décision.

Pour autant, l'attribution du certificat ne marque pas la fin de la démarche.

2.4.4 L'évolution du schéma.

Le certificat est attribué pour une période de trois ans. L'organisme ayant réalisé l'audit de certification du service doit effectuer par la suite des contrôles réguliers pour s'assurer du respect des caractéristiques certifiées. Ces contrôles font partie intégrante du processus de certification et déterminent le maintien ou non du certificat. Le service certifié doit donc, dès l'attribution du certificat, bâtir un plan de consolidation né des réserves et des observations des auditeurs.

L'organisme qui réalise ces contrôles peut également informer les membres du comité de certification des manquements par le professionnel certifié au respect des engagements formalisés dans le référentiel. Un retrait de certificat peut s'imposer en cas de violation avérée. L'effectivité des contrôles postérieurs à l'attribution du certificat n'est donc pas théorique et le service doit veiller à maintenir ses efforts de façon constante et sur le long terme.

A l'inverse, lorsque les engagements sont respectés mais que les attentes des clients ont évolué, la direction peut choisir de durcir son référentiel afin que celui-ci évolue dans le sens des besoins des utilisateurs. Ce référentiel n'est pas un outil figé, il est très largement adaptable en fonction des nouvelles attentes pesant sur le service mais aussi selon les éventuelles nouvelles ressources internes. Il faut pouvoir être capable d'ajuster et d'adapter constamment l'offre à une demande évolutive. Pour ce faire, le service doit faire régulièrement l'analyse des besoins des clients et de leur niveau de satisfaction vis à vis des prestations délivrées, car ces besoins évoluent rapidement, notamment dans des contextes aussi fluctuants que peuvent l'être le monde hospitalier et le domaine informatique.

Conclusion

Dans un contexte hospitalier en complète mutation et face aux exigences croissantes qui pèsent sur elle, la DSIO du centre hospitalier de Valenciennes est dans la nécessité d'évoluer. C'est une des grandes difficultés du changement en milieu hospitalier, savoir répondre en permanence à un besoin changeant par une organisation évolutive.

S'il n'existe pas de formule miracle qui garantisse une solution optimale, la certification de services, méthode retenue par la DSIO dispose de sérieux atouts et constitue une occasion privilégiée pour évoluer vers une organisation plus performante et une qualité des prestations délivrées accrue. En d'autres termes, la certification de services permet de définir « les règles de l'art », notamment dans des organisations où elles ne sont pas encore arrivées à maturité.

L'engagement dans une démarche de ce type est une politique très ambitieuse qui place très haute la barre des objectifs à atteindre. En effet, si cette démarche a bien un commencement, elle ne s'achève pas avec l'attribution du certificat. C'est toute la difficulté de cette démarche qui marque le début d'une politique d'amélioration **continue** de la qualité au sein du service certifié. La certification de services, loin d'être simplement l'obtention d'un diplôme est un processus qui a vocation à vivre et à évoluer en fonction des attentes exprimées par les utilisateurs.

Par ailleurs, il n'est pas rare que de telles initiatives contribuent à faire s'accroître le niveau d'exigence des clients vis à vis des prestations délivrées par le service certifié, on attend forcément plus d'un service dont la qualité est avérée que d'un autre dont on sait la qualité médiocre. Les efforts ne doivent donc pas se relâcher au lendemain de l'obtention de la certification.

Il est fondamental de sensibiliser les agents à cette question et de communiquer sur le fait qu'une fois la certification obtenue, la démarche n'en est pas pour autant finie. C'est bien là le principal atout de cet outil qui introduit un changement culturel et un changement des habitudes de travail qui se veulent définitifs. C'est en ce sens qu'il

constitue un réel défi pour une organisation et qu'il revêt autant d'avantages : le changement qu'il induit et les améliorations du service rendu qu'il sous-tend sont **pérennes**.

C'est finalement ce qui explique le succès de ce type de démarche. Dans le contexte sécuritaire qui est le nôtre, en particulier au sein du monde hospitalier, où les usagers ont tendance à exiger le zéro défaut et la qualité totale, l'engagement dans une politique de certification de services est un signe envoyé par le prestataire de service à ses clients et utilisateurs qui rassure sur la qualité de la prestation fournie et installe ou réinstalle durablement la confiance.

Bibliographie

TEXTES DE RÉFÉRENCE :

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi d'orientation agricole n° 60-808 du 5 août 1960
- Loi n° 78-23 du 10 janvier 1978 relative à la protection et à l'information des consommateurs de produits et de services
- Loi n° 93-949 du 26 juillet 1993 relative au code de la consommation
- Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 modifiant le code de la consommation en ce qui concerne la certification des produits industriels et des services et la commercialisation de certains produits
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001, loi de finances rectificative pour 2001
- Décret n° 95-354 du 30 mars 1995 relatif à la certification des produits industriels et des services
- Décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics
- Le code de la santé publique
- Le code de la consommation (articles L 115-27 et suivants)
- Le rapport sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale de Vallancien, Perrin et Debrosse du 3 avril 2003
- Le rapport relatif à l'organisation interne de l'hôpital de Couanau du 19 mars 2003

OUVRAGES:

- BARBIN B., BOISSIER RAMBAUD C., CHAMPION DAVILLER M.N., FESSLER J.M., NEBESAVORA J., *Hôpitaux, cliniques: de l'accréditation à la qualité : Accréditation, gestion des risques, normalisation, assurance de la qualité, certification*, édition Lamarre, 1998, 141 p.
- BERGER C., GUILLARD S., *La rédaction graphique des procédures, démarches et techniques de description des processus*, AFNOR, 2003, 249 p.

- GRANDJEAN H., MIENVILLE P., SCHNEIDERMAN B., *Optimiser la qualité de service dans les organismes de formation*, AFNOR, 2001, 218 p.
- NAPOLITANO G., ISO 9000. *La certification des services. De l'Etat d'esprit qualité au service gagnant*, les éditions d'organisation, 1997, 156 p.
- PONCON G., *Le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique*, éditions ENSP, 2000, 254 p.
- RACINE G., *La démarche qualité dans les EHPAD*, Repère Age, 2000, 197 p.

GUIDES, REFERENTIELS ET NORMES :

- La mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques, ANAES, octobre 1996
- Evaluation d'un programme d'amélioration de qualité, les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français, ANAES, avril 1999
- Les consommateurs et la certification de qualité des services, CNAFC, septembre 2002
- Le manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES, juin 2003
- La norme EN 45011
- Le schéma directeur informatique de la DSIO du centre hospitalier de Valenciennes
- Le référentiel AFAQ engagements de service, prestations d'accueil, de délivrance de titres de transport, d'information et de signalisation des chantiers routiers et d'assistance et conseil en matière d'exploitation des stations d'épuration, conseil général du Doubs, octobre 2002.

ARTICLES :

- COULIER J.P. PEREGO M. "Pour un management de la qualité à l'hôpital" *Techniques Hospitalières*, juin 1997, n° 617.
- CETTOUR BARON G. "La certification de la qualité en logistique hospitalière, gadget ou outil indispensable" *Gestions Hospitalières*, mai 2003, n° 426.

MEMOIRE :

- MIGNARDOT H. DION H, *ISO 9000 en santé, bilan, Accréditation et certification au service biomédical*, Mémoire pour le DESS Technologies Biomédicales hospitalières,, université de technologie de Compiègne, 2000.

SITES:

- Le site de l'ANAES, www.anaes.fr
- Le site de la DGCCRF, www.finances.gouv.fr/DGCCRF
- Le site du COFRAC, www.cofrac.fr
- Le site du Conseil National de la consommation, www.conseilconsommation.minefi.gouv.fr
- Le site du ministère de l'industrie, [www. finances. gouv.fr](http://www.finances.gouv.fr)
- Le site de SGS, www.sgs.com

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées
- ANNEXE 2 : Présentation détaillée du centre hospitalier de Valenciennes.
- ANNEXE 3 : Articles L.115-27 à L.115-33 du code de la consommation, section 4 : certification des services et des produits autres qu'alimentaires.
- ANNEXE 4 : Les avantages de la certification de services.
- ANNEXE 5 : La distinction entre la démarche de certification de services et la démarche ISO.
- ANNEXE 6 : Manuel d'accréditation des établissements de santé, version actualisée en juin 2003 ; chapitre 4 concernant la gestion du système d'information.
- ANNEXE 7 : Questionnaire de satisfaction du Help Desk
- ANNEXE 8 : Questionnaire de satisfaction élaboré par la DSIO en vue du recueil des attentes des utilisateurs (première ébauche).
- ANNEXE 9 : Bilan du premier volet du plan d'amélioration continue de la qualité 2002-2003.
- ANNEXE 10 : Deuxième volet du PAQ 2003-2004.

ANNEXE 1 :

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- M. ANDRE, directeur technique, DSIO
- Mme BATIGNY, analyste programmeur, DSIO
- M. BELLOUNI, analyste programmeur, DSIO
- M. BIGAILLON, adjoint des cadres, DSIO
- Mme CARDON, attaché d'administration hospitalière, DSIO
- M. CUINGNET, président de la CME
- M.CZIRKOS, pupitreur, DSIO
- M. DAGMEY, responsable réseau, DSIO
- Mme DEMOULIN, ingénieur qualité
- M.DENORME, référent informatique du service de gestion du malade
- M. DEVOS, responsable des applications, DSIO
- M. DOIZI, technicien, DSIO
- Mme DUMOITIER, référent informatique du service de gestion du malade
- M. GENDRE, consultant de la société EPG Conseil
- M. GENOUX, consultant de la société EPG Conseil
- M. GUICHETEAU, DSIO
- Mme KOHLER, médecin DIM
- M. LAMBOUR, administrateur du système, DSIO
- Mme LE BOITE, direction technique du syndicat interhospitalier de Bretagne (SIB) (entretien téléphonique)
- M. MARONGIU, référent informatique du service de dialyse
- M. MATTU, technicien, DSIO
- Mme OSOWSKY, assistante de direction, DSIO
- Mme SCHNEIDER, responsable qualité au conseil général du Doubs (entretien téléphonique)
- M. TIREL, chargé d'affaire de la société SGC ICS
- M. VINCART, technicien, DSIO

ANNEXE 2 :

PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation a eu la volonté de prendre en compte la réalité de la région Nord Pas-de-Calais et a segmenté les 4 millions d'habitants en 4 bassins de vie (la métropole, le Sud Hainaut Avesnois, le bassin houiller et le littoral).



En parallèle, elle a estimé que chacun d'eux nécessitait un ou plusieurs établissements pivots.

Avec une capacité proche de 1 800 lits, le volume d'activité du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV) le situe parmi les plus importants hôpitaux publics de France. Il représente l'offre de soins la plus significative du sud-est du département du Nord pour une population de 850 000 habitants.

La capacité du centre hospitalier de Valenciennes :

- 823 lits et 34 places en MCO se décomposant en :
- 534 lits et 30 places de médecine

- 207 lits de chirurgie
- 82 lits et 4 places de gynécologie obstétrique
- 109 lits et 79 places de psychiatrie adulte et 25 places de pédopsychiatrie
- 117 lits de soins de suite et de réadaptation
- 185 lits de soins de longue durée
- 351 lits de maison de retraite et 36 lits de foyers logements

Les ressources humaines du centre hospitalier de Valenciennes :

- Plus de 200 médecins
- Environ 70 internes et résidents
- 40 étudiants hospitaliers
- Près de 3 200 agents non médicaux

Quelques données annuelles d'activité :

- Près de 70 000 000 points ISA produits
- 123 860 consultants – 360 201 actes
- Plus de 84 000 entrées en MCO
- 54 289 passages aux Urgences sans compter
 - ⇒ plus de 5000 urgences de pédiatrie
 - ⇒ plus de 5000 urgences de gynécologie obstétrique
 - ⇒ environ 5 000 sorties SMUR
- Près de 24 400 séances d'Hémodialyse

Présentation des structures de soins :

↗ Sur la commune de Valenciennes (59300) :

● Composant le site Désandrouin :

- Le Nouvel hôpital (avenue Désandrouin)
- L'Hôtel-dieu (avenue de Monaco)
- La maternité ((avenue de Monaco)

● L'hôpital du Hainaut (6,place de l'Hôpital)

● La fondation Louis Duvant (rue de Flandres)

- La fondation " Les Chartriers " (17,rue des Maillets)
- L'Hôtellerie (rue du Grand Fossart)
- La Rhônelle (6,rue Davaine)

↪ **Sur la commune de Saint-Saulve (59880) :**

- Le centre psychothérapique " Duchesnois " (rue Victor Hornez)
- La fondation Louis Serbat (2,rue Charles Giraud)

L'enseignement :

- Un institut de formation en soins infirmiers
- Une école d'aides-soignant(e)s
- Une école de puériculture et d'auxiliaires de puériculture
- L'accueil des étudiants hospitaliers et des internes
Ainsi que de très nombreux stagiaires.

En sa qualité d'hôpital de référence et en amont du centre hospitalier universitaire (C.H.U.) de Lille, le CHV a pour mission d'être l'établissement de premier recours en relais des établissements publics et privés des secteurs sanitaires de Cambrai, Avesnes-Maubeuge et de son propre secteur.

En terme de zone d'attraction, cela signifie que ses missions s'étendent aux populations :

- Du secteur sanitaire n°7 : Valenciennes
- Du bassin de vie du Hainaut : Valenciennes, Cambrai et Maubeuge.
- Du grand bassin de santé du sud et du sud ouest du département du Nord (cf carte)

Il constitue ainsi l'établissement de santé pivot du secteur sanitaire n° 7 par l'offre de soins qu'il organise, comme par le recours aux soins qu'il suscite.

En effet, l'importance et la diversité de ses lits, son bon niveau d'activité, la forte fréquentation du service des urgences, la présence d'une unité de réanimation, d'un service d'hémodialyse,... et de cinq catégories d'équipements lourds font de lui :

- * Le deuxième établissement en importance de la région Nord Pas-de-Calais,
- * L'Institution sanitaire de référence du bassin de vie du Hainaut (850 000 habitants).

Avec un budget de près de 200 millions d'euros, il permet la "structuration" d'un véritable réseau de complémentarités dans lequel il s'inscrit à la fois comme hôpital de référence et pôle de proximité.

Un plateau technique performant :

- 2 scanners
- 2 I.R.M. et prochainement un Tomographe à Emission de Positons
- 2 salles d'imagerie vasculaire interventionnelle
- 3 salles d'échographie
- 8 salles de radiologie conventionnelles, dont 5 numérisées
- 2 caméras à scintillation en Médecine Nucléaire
- 32 postes d'Hémodialyse
- 14 salles d'interventions chirurgicales
- 1 salle d'ostéo-densitométrie

Des missions diversifiées :

Le 15 janvier 1999, le CHV a signé avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Nord Pas-de-Calais, le protocole d'accord relatif à son Contrat d'Objectifs et de Moyens. Le CHV est le premier établissement public de santé à signer un document de cette nature dans la région. La dynamique du contrat s'appuie avant tout sur les missions premières de l'établissement qui sont de répondre le plus complètement possible aux besoins de la population du secteur sanitaire de Valenciennes.

Tout d'abord, dans le respect des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (S.R.O.S.), le CHV met en oeuvre toutes les actions permettant de répondre aux besoins de la population du Hainaut et plus particulièrement dans les domaines suivants :

- Les pathologies cancéreuses,
- La cardiologie dont l'USIC,
- La maternité de niveau 3 et la réanimation néonatale,
- L'hématologie,
- L'insuffisance rénale chronique,
- Les infections liées au V.I.H.
- ...

D'autre part, l'établissement s'engage :

- A promouvoir, par l'ouverture de son plateau technique, aux praticiens libéraux et aux établissements privés, les activités qui nécessitent un environnement de haute technicité, par exemple, I.R.M., scanner ou cardiologie interventionnelle.

- A mettre en œuvre une complémentarité étroite avec d'autres établissements participant au service public hospitalier comme :

- - La Clinique Teissier pour la médecine et la chirurgie,
 - La Maternité de Condé pour la gynécologie obstétrique.

- A développer des coopérations avec les autres structures publiques et privées pour les activités qu'il ne prend que partiellement ou pas du tout en charge, par exemple, la rééducation fonctionnelle spécialisée ou l'assistance médicale à la procréation. Par ailleurs, l'établissement contribue activement au développement des réseaux de soins et notamment la cancérologie, l'alcoologie (transfert de l'activité et des moyens en 1996 au centre hospitalier de Saint-Amand) ou la diabétologie.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes a développé une politique de coopération avec tous les hôpitaux de son secteur sanitaire et avec le C.H.R.U. de Lille.

Actuellement plus de **300 conventions** sont répertoriées et concernent des coopérations diverses (intérêt général, participation aux gardes, co-utilisation d'équipements lourds, prestations à l'extérieur...) dans les disciplines suivantes : alcoologie, anatomie pathologique, laboratoire, IRM, SCANNER, ophtalmologie, cardiologie, chirurgie,

explorations fonctionnelles, endocrinologie, hémodialyse, médecine nucléaire, néonatalogie, pédiatrie, néphrologie, oncologie, psychiatrie, radiologie, urgences....

Le Centre Hospitalier participe aux réseaux régionaux (10) en sa qualité de :

- Promoteur du réseau périnatalité du bassin du Hainaut (2002)
- Adhérent au réseau régional de soins en cancérologie pédiatrique « PEDONCO » depuis 2003.
- Adhérent au réseau régional de dépistage précoce et prévention des handicaps de l'enfant depuis 2003
- Adhérent au GIP Fédération régionale de recherche en Santé mentale (2003)
- Membre du réseau régional de la mémoire pour les personnes âgées (2003)
- Membre du réseau régional de génétique clinique depuis 2003.
- Membre de la Fédération Régionale d'hématologie clinique depuis le 1^{er} Janvier 2004.
- Membre de la Fédération Régionale de neurochirurgie (à compter du 01/06/2004)
- Membre du réseau régional NEPHRONOR (insuffisance rénale chronique 2004)
- Mise en œuvre d'une consultation avancée d'un neurologue du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille au Centre Hospitalier de Valenciennes pour les patients souffrant de sclérose Latérale amyotrophique

Le Centre Hospitalier participe au sein du secteur sanitaire aux réseaux locaux (9) suivants :

- Création d'un réseau Ville Hôpital «DIABHAINAUT » en 2003 pour la prise en charge des patients **diabétiques de type 2**.
- Mise en place en 2001 d'un travail en réseau avec le Centre Hospitalier de Saint Amand pour la prise en charge de l'obésité et du diabète de type 2.
- Mise en place d'un réseau de prise en charge avec la médecine libérale pour l'oncologie (Unité de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie) (projet d'adhésion au réseau en cancérologie ONCOVAL)
- Mise en place de la structure EMERA (**E**coute et soutien des **M**alades et de leurs proches – **E**ntraide des professionnels avec le **R**éseau médico social d'**A**ccompagnement).
- Participation au réseau de prise en charge de lalcoologie avec les Centres Hospitaliers de Saint Amand, Denain, Le Quesnoy.
- Participation au réseau Ville Hôpital **en** toxicomanie constitué autour du Centre

Hospitalier, du GREID (groupe écoute information dépendance) et de l'Association des médecins généralistes.

- Prise en charge en réseau de la **rééducation fonctionnelle** avec le centre de rééducation fonctionnelle la Val Bleu.
- Complémentarité avec le Centre de la Rougeville à Saint Saulve, le Centre de Rééducation Fonctionnelle le Val Bleu, pour la **Rééducation Fonctionnelle**. Complémentarité avec le Centre Hospitalier de Saint Amand pour la **rééducation neurologique**.

L'établissement a également signé une convention avec l'AHNAC (Association Hospitalière Nord Artois Cliniques) pour la Clinique Teissier, PSPH voisin. Ce partenariat par le biais d'un Groupement d'Intérêt Economique prévoit la mise en œuvre d'un projet médical commun qui débouche actuellement sur une répartition claire des activités et une collaboration étroite entre les deux établissements en matière de cardiologie, de pneumologie et de chirurgie lourde, notamment thoracique.

Ce projet s'insère dans le plan Hôpital 2007 et prévoit en outre la construction d'un bâtiment de Haute Technologie.

ANNEXE 3 :

Les avantages de la certification de services

Pour le service certifié	Pour la direction du service	Pour les clients
La définition des standards de qualité	La garantie d'une qualité déterminée et constante du service	La prise en compte de leurs attentes dans le référentiel
La fiabilisation de la qualité de son service	La garantie du contrôle extérieur et indépendant du respect du cahier des charges	La satisfaction apportée par la qualité et la constance du service
Une réflexion orientée vers la qualité perçue et la satisfaction du client	La confiance apportée par le certificat	La connaissance des caractéristiques certifiées
Un outil percutant de communication et de management	L'aide à la sélection d'une entreprise	
Une démarche fédératrice pour toutes les équipes	L'aide à la définition de la politique de la DSIO	
La valorisation de son image par la mise en valeur de ses spécificités		
La différenciation de son offre		
Un système documentaire léger		
Une diminution d'une partie des coûts engendrés par la non qualité		

ANNEXE 4 :**La distinction entre la démarche de certification de services et la
démarche ISO**

	La certification de services	La certification ISO
Objet	C'est une certification d'engagements de services, elle concerne directement les caractéristiques du service rendu. Elle s'adresse plus particulièrement aux utilisateurs finaux d'une prestation. Elle apporte des garanties sur la qualité du service rendu.	C'est une certification de moyens, elle concerne l'organisation mise en place par le prestataire. Elle ne certifie pas la qualité du produit ou du service fourni mais l'organisation et les moyens mis en œuvre par l'entreprise certifiée pour aboutir à cette qualité.
Le standard évalué	Le référentiel	La norme ISO
Garantie pour le client	La qualité du service rendu	La qualité de l'organisation
Les fonctions impliquées	Fonctions opérationnelles	Fonctions d'encadrement

ANNEXE 5 :

Articles L. 115-27 à L. 115-33 du code de la consommation

CODE DE LA CONSOMMATION

(Partie Législative)

Section 4 : Certification des services et des produits autres qu'alimentaires

Article L115-27

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

(Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 art. 1 Journal Officiel du 4 juin 1994)

(Loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 art. 6 VI finances rectificative pour 2001 Journal Officiel du 29 décembre 2001)

Constitue une certification de produit ou de service soumise aux dispositions de la présente section l'activité par laquelle un organisme, distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur ou du prestataire, atteste, à la demande de celui-ci effectuée à des fins commerciales ou non commerciales, qu'un produit ou un service est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel et faisant l'objet de contrôles. Le référentiel est un document technique définissant les caractéristiques que doit présenter un produit ou un service et les modalités du contrôle de la conformité du produit ou du service à ces caractéristiques.

Article L115-28

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

(Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 art. 2 Journal Officiel du 4 juin 1994)

Peuvent seuls procéder à la certification de produits ou de services les organismes qui ont déposé auprès de l'autorité administrative une déclaration relative à leur activité et contenant notamment toutes informations nécessaires en ce qui concerne les mesures destinées à garantir leur impartialité et leur compétence. Les organismes qui bénéficient d'une accréditation par une instance reconnue à cet effet par les pouvoirs publics sont dispensés de fournir ces dernières informations. Toute référence à la certification dans la publicité, l'étiquetage ou la présentation de tout produit ou service, ainsi que sur les documents commerciaux qui s'y rapportent, doit être accompagnée d'informations claires sur la nature et l'étendue des caractéristiques

certifiées.

L'existence des référentiels fait l'objet d'une mention au Journal officiel de la République française. Leur consultation s'effectue soit gratuitement sur place auprès de l'organisme certificateur, soit par la délivrance de copies aux frais du demandeur. Les organismes certificateurs déposent comme marques collectives de certification, conformément à la législation sur les marques de fabrique, de commerce et de service, le signe distinctif qui, le cas échéant, accompagne ou matérialise la certification.

Article L115-29

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

(Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 juin 1994)

Les dispositions des articles L. 115-27 et L. 115-28 ne sont pas applicables :

- 1° A la certification des denrées alimentaires et des produits agricoles non alimentaires et non transformés mentionnés à l'article L. 115-21 ;
- 2° Aux autorisations de mise sur le marché des médicaments à usage humain ou vétérinaire faisant l'objet des dispositions du livre V du code de la santé publique ;
- 3° A la délivrance des poinçons, estampilles, visas, certificats d'homologation, marques collectives ou attestations de conformité aux dispositions communautaires par l'autorité publique ou par des organismes désignés à cet effet et soumis à un contrôle technique ou administratif de l'autorité publique en vertu de dispositions législatives ou réglementaires ;
- 4° A la délivrance de labels ou marques prévus par l'article L. 413-1 du code du travail ainsi que des marques d'artisan et de maître artisan pour autant que ces marques ne tendent qu'à attester l'origine d'un produit ou d'un service et la mise en oeuvre des règles de l'art et usages quand ils leur sont spécifiques.

Article L115-30

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

(Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 art. 4 Journal Officiel du 4 juin 1994)

Est puni des peines prévues à l'article L. 213-1 :

- 1° Le fait, dans la publicité, l'étiquetage ou la présentation de tout produit ou service, ainsi que dans les documents commerciaux de toute nature qui s'y rapportent, de faire référence à une certification qui n'a pas été effectuée dans les conditions définies aux articles L. 115-27 et L. 115-28 ;
- 2° Le fait de délivrer, en violation des dispositions prévues aux articles L. 115-27 et L. 115-28, un titre, un certificat ou tout autre document attestant qu'un produit ou un service présente certaines caractéristiques ayant fait l'objet d'une certification ;
- 3° Le fait d'utiliser tout moyen de nature à faire croire faussement qu'un organisme satisfait aux conditions définies aux articles L. 115-27 et L. 115-28 ;
- 4° Le fait d'utiliser tout moyen de nature à faire croire faussement au consommateur ou à

l'utilisateur qu'un produit ou un service a fait l'objet d'une certification ;
5° Le fait de présenter à tort comme garanti par l'Etat ou par un organisme public tout produit ou service ayant fait l'objet d'une certification.

Article L115-31

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

Sont qualifiés pour procéder à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions de la présente section et des textes pris pour son application :

- les officiers et agents de police judiciaire ;
- les agents de la sous-direction de la métrologie au ministère chargé de l'industrie ainsi que ceux des directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement ;
- les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, de la direction générale des douanes et des droits indirects ;
- les inspecteurs de la pharmacie et les médecins-inspecteurs de la santé du ministère chargé de la santé ;
- les inspecteurs du travail ;
- les agents mentionnés à l'article 22 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Ces agents disposent des pouvoirs prévus par les chapitres II à VI du titre Ier du livre II du présent code et leurs textes d'application sur les lieux énumérés à l'article L. 213-4 (alinéa premier).

Article L115-32

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

(Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 art. 5 Journal Officiel du 4 juin 1994)

Les modalités d'application des articles L. 115-27 et L. 115-28 sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment :

- 1° Les modalités de déclaration d'activité des organismes certificateurs et le contenu de leur déclaration ;
- 2° Les conditions de reconnaissance de l'instance d'accréditation ;
- 3° Le contenu des référentiels et les conditions de leur établissement et de leur validation ;
- 4° Les modalités de la concertation entre les partenaires intéressés préalablement à l'établissement ou à la validation des référentiels ;
- 5° Les modalités d'information du consommateur sur la certification.

Article L115-33

(Loi n° 94-2 du 3 janvier 1994 art. 3 Journal Officiel du 4 janvier 1994)

Les propriétaires de marques de commerce, de fabrique ou de service peuvent s'opposer

à ce que des textes publicitaires concernant nommément leur marque soient diffusés lorsque l'utilisation de cette marque vise à tromper le consommateur ou qu'elle est faite de mauvaise foi.

ANNEXE 6 :

Manuel d'accréditation des établissements de santé

Version actualisée en juin 2003

Chapitre 4 : GESTION DU SYSTEME D'INFORMATION (GSI)

• Introduction

Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'établissement. Les flux d'informations sont multiples. Ils concernent les fonctions soins, logistiques, administratives et la gestion.

L'évolution technologique permet aux établissements, grâce à l'apport de l'informatique, de disposer de systèmes d'information de plus en plus sophistiqués. La structuration du système d'information et sa cohérence sont des éléments déterminants pour le bon fonctionnement de l'établissement et la réponse aux besoins des différents professionnels et du patient.

La fonction du système d'information est de recueillir, gérer et utiliser des informations visant à assurer et améliorer en continu :

- la prise en charge du patient ;
- les performances individuelles et de l'établissement dans la prise en charge du patient ;
- le management et les processus de soutien.

Les besoins des utilisateurs internes en matière de formation aux logiciels d'application, aux nouvelles méthodes et à l'utilisation d'indicateurs pour évaluer et améliorer en continu les services, la disponibilité de la technologie et des ressources, les mesures de sécurité requises pour protéger l'information et le degré d'accès à l'information accordé à chaque catégorie de personnel, les modalités d'accès du patient à son dossier, sont autant d'éléments à prendre en compte.

Le déploiement du système d'information à l'ensemble des activités de l'établissement permet son intégration aux activités de gestion et de production de soins. L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est également prise en compte.

L'informatisation de l'établissement constitue un outil privilégié de mise en œuvre effective de changements notamment en matière de traçabilité, rapidité d'échange des informations, efficacité et efficience (suppression des redondances de demandes d'examens, par exemple) et enfin d'aide à l'évaluation des performances et des pratiques.

L'écoute régulière des professionnels utilisateurs permet de mesurer leur degré de satisfaction et de préciser leurs attentes en ce qui concerne l'information tant médicale qu'administrative. Elle s'intègre dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Références

GSI - Référence 1

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

GSI - Référence 2

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

GSI - Référence 3

Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.

GSI - Référence 4

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.

- **Références et critères**

GSI - Référence 1

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

GSI.1.a. Le système d'information et l'informatisation de l'établissement sont fondés sur un schéma directeur, cohérent avec le projet d'établissement et élaboré de manière participative.

GSI.1.b. Le système d'information couvre l'ensemble des activités de l'établissement et favorise une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information, notamment pour la politique d'évaluation.

GSI.1.c. Les instances concernées sont impliquées dans le suivi du schéma directeur de l'information.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GSI - Référence 2

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

GSI.2.a. Une politique est définie, conduite et connue des professionnels en ce qui concerne la protection de la confidentialité des informations concernant les patients.

GSI.2.b. La sécurité des données et de leur accès est organisée.

GSI.2.c. Tous les traitements informatisés nominatifs sont déclarés à la CNIL.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GSI - Référence 3

Un secteur d'activité chargé de l'information médicale, le DIM ou son équivalent, est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.

GSI.3.a. Un responsable du secteur d'activité chargé de l'information médicale est identifié.

GSI.3.b. Les missions du secteur d'activité chargé de l'information médicale sont définies par la direction après avis de la CME et donnent lieu à un règlement intérieur.

GSI.3.c. L'utilisation des informations médicalisées en terme de traitements effectués et de méthodes utilisées est soumise à l'avis de la CME.

GSI.3.d. Le secteur d'activité chargé de l'information médicale met en œuvre les actions nécessaires pour garantir et connaître la qualité des données médicales du système d'information (PMSI) produites.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

GSI - Référence 4

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.

GSI.4.a. Une procédure régulière visant à recueillir des informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des professionnels utilisateurs est en place.

GSI.4.b. Les dysfonctionnements du système d'information sont recensés, analysés et traités.

GSI.4.c. Un plan d'amélioration de la qualité du système d'information, aux priorités hiérarchisées et auquel participent les professionnels utilisateurs, est en place.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

VII - Contact avec le technicien :

- très aimable • aimable • désagréable

- autres, préciser _____

VIII - Globalement, quel est votre niveau de satisfaction sur le traitement de ce dépannage ?

- très satisfaisant • satisfaisant • pas satisfaisant • pas du tout satisfaisant

Vos observations :

ANNEXE 8 :**Questionnaire de satisfaction élaboré par la DSIO en vue du****recueil des attentes des utilisateurs****(première ébauche)**

	A. Quelle connaissance de la DSIO avez-vous ?	
1		Que veut dire DSIO ? Réponse Vrai/Faux
2		Que savez-vous de la DSIO et de ses missions ? Réponse en deux temps - Lister 4 à 5 missions principales de la DSIO réponse Oui/Non - Prévoir un champ de texte pour une réponse plus développée
3		La DSIO en chiffres Recueil d'une valeur Nombre de PC dans l'établissement, d'imprimantes, la longueur du réseau ? Les effectifs de la DSIO ? Le budget ? Saisie de valeurs
4		Qui est son directeur ? Réponse Vrai/Faux
5		Connaissez vous l'organisation interne de la DSIO ? Réponse Oui/Non
6		Etes-vous au courant du lancement d'une démarche Qualité à la DSIO ? Réponse Oui/Non
7		Avez-vous déjà consulté le site de la DSIO ? Réponse Oui/Non
8		Si Oui, quel est votre avis sur le site ? Réponse avec champ de Texte
9		Savez-vous qu'il existe un schéma directeur informatique ? Réponse Oui/Non
10		Avez-vous connaissance du plan d'équipement annuel ? Réponse Oui/Non
11		Quel est votre niveau de satisfaction globale concernant la DSIO ? Réponse Oui/Non

	B. Quelle est votre connaissance du Help Desk ?	
1		A quel N° pouvez vous joindre le service de dépannage informatique ? Réponse : Vrai/Faux
2		Comment avez vous connu cette information ? Liste réponse type et champ de texte.
3		Quelle est l'information nécessaire lors d'un appel pour engager une intervention ? Réponse : Vrai/Faux
4		Quels sont les horaires d'ouverture ? Réponse juste : horaire de référence Et réponse avec champ de texte
5		Quels sont les délais actuels d'intervention ? Réponse avec champ de texte
6		Comment souhaitez vous être informés par le technicien lorsqu'il vous dépanne en votre absence ? Réponse avec champ de texte et liste de solutions possible
7		Que souhaitez-vous comme service lorsque la ligne de tel de l'accueil est occupée ? Réponse avec champ de texte Offre de solutions (bascule vers un autre numéro, répondeur...)
8		Dans votre fonction, êtes-vous en contact avec d'autres Hotlines assurées par des sociétés extérieurs ? Si Oui, lesquels ? Comment jugez-vous la DSIO en comparaison ? Mieux, moins bien, ...
9		Souhaitez-vous une information sur l'exploitation des questionnaires de satisfaction ? Si oui Pourquoi ? Réponse avec champ texte

	C. Pour mieux vous connaître	
1		Votre dernier contact avec le Help Desk date de quand ? Date ou durée
2		A quelle fréquence faites-vous appel à la DSIO? Nombre de fois par période
		De quelles applications informatiques êtes-vous utilisateurs ? Cocher dans une liste ou saisie.
3		Quelles sont les applications que vous utilisez le plus souvent ? Dans quel ordre ? Nombre à saisir
4		Avez-vous un ordinateur à votre domicile ? Réponse Oui/Non
5		Jugez-vous votre niveau de connaissance de la micro informatique est-il suffisant ? Réponse Oui/Non
6		Votre niveau de connaissance de l'application informatique est-il suffisant ? Réponse Oui/Non
7		Votre niveau de pratique vous permet-il d'être à l'aise ? Réponse Oui/Non
8		Accepteriez-vous de consacrer du temps à de la formation ? Réponse Oui/Non
9		Accepteriez-vous d'être le référent informatique de votre service? Réponse Oui/Non

	D. Quel est le niveau d'importance que vous attribuez à ces différents items ?	Faire classer par priorité
1		Plage d'ouverture du Help Desk
2		Délais d'intervention
3		Information sur la prise en compte de votre appel
4		Information sur avancement du traitement de votre demande
5		Formation aux applications informatiques installée au sein de l'établissement
6		Information en cas de coupure d'une application
7		Formation à la bureautique
8		Formation à la prise en main des nouveaux matériels
9		Disponibilité générale des acteurs de la DSIO
10		Information sur la DSIO, ses activités, les nouveautés informatiques du CH.
11		Facilité à joindre le Help Desk

	E. Quelle est votre appréciation du Help Desk ?	
1		Avez-vous parfois une difficulté à joindre le Help Desk? Réponse Oui/Non Champ de texte
2		Les horaires d'ouverture du Help Desk vous satisfont-ils ? si non, quels sont vos souhaits ? Réponse avec champ de texte
3		Souhaitez vous être informé lors de la prise en compte de votre appel ? Réponse Oui/Non
4		Souhaitez vous être informez pendant le traitement de votre demande et sur l'avancement du dépannage ? Réponse Oui/Non
5		Quels sont les délais d'intervention que vous souhaiteriez voir appliqués ? Saisie d'une valeur
6		Que pensez-vous de la prise de main à distance par les techniciens de la DSIO ? Réponse avec champ texte

	F. Quelle est votre évaluation des capacités d'évolution de la DSIO ?	
1		<p>Utiliserez-vous un autre média (messagerie, formulaire, email, intranet) pour faire vos demandes d'intervention ? Liste avec Oui/Non</p>
2		<p>Quel est votre niveau de satisfaction concernant les applications que vous utilisez ? Saisie d'une valeur niveau</p>
3		<p>Quelle importance accordez-vous aux différentes applications que vous utilisez ? Liste avec saisie d'une valeur niveau</p>
4		<p>Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'accueil de la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
5		<p>Quelle importance accordez-vous à la prestation d'accueil de la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
6		<p>Quel est votre niveau de satisfaction concernant la résolution de vos problèmes par la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
7		<p>Quelle importance accordez-vous à la résolution de vos problèmes par la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
8		<p>Quel est votre niveau de satisfaction concernant les délais d'intervention de la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
9		<p>Quelle importance accordez-vous au délai d'intervention de la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
10		<p>Quel est votre niveau de satisfaction concernant les informations délivrées par la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>
11		<p>Quelle importance accordez-vous à l'information délivrée par la DSIO ? Saisie d'une valeur niveau</p>

	G. Quel est votre niveau de satisfaction concernant les applications que vous utilisez ?	
1		<i>L'information des interruptions des applications est-elle suffisante ?</i> Réponse Oui/Non Réponse avec champ texte
2		<i>L'interruption des applications en journée est-elle pénalisante ?</i> Réponse Oui/Non Réponse avec champ texte
3		<i>Quand la fermeture d'une application serait elle optimale?</i> Réponse avec champ texte
4		<i>Connaissez vous le ou les référents informatiques des applications que vous utilisez ?</i> Réponse : Oui/Non
5		<i>Avez vous déjà fait appel à eux ?</i> Réponse : Oui/Non
6		<i>Si oui, quel est votre niveau de satisfaction concernant leur intervention?</i> Réponse avec champ texte
7		<i>Si non pourquoi ? Comment avez vous été dépanné ?</i> Réponse avec champ texte
8		<i>Qu'attendez-vous des référents ?</i> Réponse avec champ texte
9		<i>Etes vous suffisamment informés des évolutions liées aux applications ?</i> Réponse : Oui/Non
10		<i>Connaissez-vous les modalités d'acquisition d'une application ?</i> Réponse avec champ texte
11		<i>Connaissez vous les contraintes liées au statut public du centre hospitalier ?</i> Réponse Oui/Non Réponse avec champ texte
12		<i>Souhaiteriez-vous qu'existe un référent informatique dans votre service ?</i> Réponse Oui/Non

ANNEXE 9 :

BILAN DU PREMIER VOLET DU PLAN D'AMELIORATION

CONTINUE DE LA QUALITE (PAQ) 2002-2003

1. Respect de la charte du patient hospitalisé
2. Mise en place d'un nouveau dossier patient
3. Généralisation et évaluation des prescriptions médicales écrites, datées et signées
4. Formalisation de la politique hôtelière
5. Généralisation et suivi des conseils de services
6. Mise à jour et diffusion du livret d'accueil du personnel

7. Extension de la méthode HACCP à la distribution des repas
8. Renouvellement du parc des chariots repas
9. Évaluation du processus transfusionnel
10. Mise en place d'un plan d'actions contre les infections nosocomiales
11. Formalisation du schéma directeur informatique
12. Définition et évaluation de la politique vestimentaire



Actions clôturées* : Chaque action clôturée fera néanmoins l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle afin de garantir son application.

Action ré inscrite au volet 2

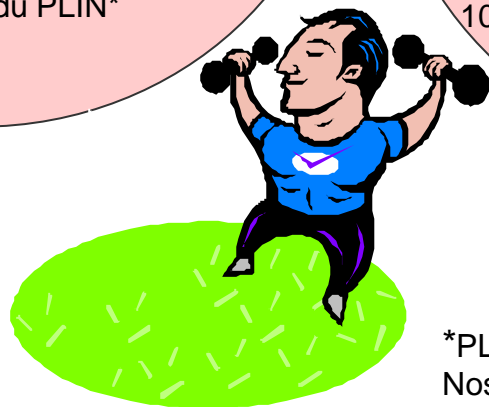
ANNEXE 10 :

DEUXIEME VOLET DU PAQ 2003-2004

SE DECLINANT EN 10 TRAVAUX

1. Harmoniser les fiches d'évaluation du personnel
2. Évaluer la qualité des prestations logistiques auprès des patients et des utilisateurs
3. Poursuivre l'extension de la méthode HACCP à la distribution des repas
4. Mettre en place et suivre un comité de radio vigilance
5. Suivre les actions mises en place dans le cadre du PLIN*

6. Faciliter l'accès au dossier patient :
 - Amélioration des équipements et locaux pour le transports des dossiers
 - Sécurisation du transport des dossiers
7. Mettre en place la politique hôtelière
8. Poursuivre les initiatives visant à réduire les délais d'attente dans les secteurs
9. Poursuivre la rédaction de tous les profils de poste
10. Formaliser la politique de communication



*PLIN : Plan de Lutte contre les Infections Nosocomiales