

**Qualité, Evaluation, Organisation et Performance
dans les établissements de Santé
QUEOPS Cycle 2001/2002**

Projet d'intégration

**La démarche de certification ISO
d'une blanchisserie hospitalière**

Pascal Haupais

Introduction

Le projet porte sur la démarche de certification ISO de la blanchisserie d'un établissement de santé français. La démarche a été initiée en septembre 2000. Elle doit aboutir à l'automne 2002, période choisie pour la visite des agents certificateurs.

Le projet s'inscrit dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité du service rendu par l'établissement. Sa mise en œuvre a été décidée par la direction. Il a été soutenu, accompagné et animé par le Directeur des Services Economiques, auteurs des présentes lignes, ainsi que par son successeur.

L'auteur présente ce projet dans le cadre du cycle de formation Quéops qu'il a suivi en 2001 et 2002 auprès de l'Institut de Technologie de Compiègne, de l'Ecole Nationale de la Santé Publique et de l'Université de Montréal.

Il s'agit d'un projet d'intégration et, à ce titre, la démarche qui est présentée constitue la mise en application des connaissances qui ont été acquises pendant le cycle.

Sommaire

1 – DESCRIPTION DU CONTEXTE	page 4
2 – LE CHOIX D’UNE DEMARCHE DE CERTIFICATION ISO	page 6
3 – DESCRIPTION DE L’INTERVENTION	page 10
3.1 – Le périmètre de l’intervention	page 10
3.2 – Les acteurs du projet	page 12
3.3 – Les étapes de la démarche	page 13
3.3.1 – Le lancement de la démarche	page 13
3.3.2 – L’identification des besoins des clients	page 14
3.3.3 – L’identification des processus	page 15
3.3.4 – L’état des lieux des moyens	page 15
3.3.5 – La fixation des objectifs opérationnels et l’identification des contraintes	page 16
3.3.6 – La réorganisation du service	page 17
3.3.7 – deLa mise en place des liens avec les clients	page 17
3.3.8 – La mise en place des liens avec les fournisseurs externes	page 18
3.3.9 – L’élaboration et la mise en œuvre des procédures	page 19
3.3.10 – La rédaction du manuel qualité	page 19
3.3.11 – La communication interne et externe	page 20
3.3.12 – La collecte des données et la mesure de la satisfaction	page 21
3.3.13 – La revue de direction	page 22
3.3.14 – La réalisation de l’audit à blanc	page 22
3.3.15 – La réalisation de l’audit	page 22
3.3.16 – La visite des agents certificateurs	page 23
3.3.17 – La certification	page 23
4 – L’ANALYSE DES RISQUES ET LA DESCRIPTION DES OBSTACLES	page 23
4.1 – Les risques liés au management du projet	page 24
4.1.1 – Faiblesse de l’engagement de la direction	page 24
4.1.2 – Capacité du responsable de l’assurance qualité (RAQ)	page 26
4.1.3 – Capacité de la société de conseils	page 28
4.1.4 – Exhaustivité de l’identification des besoins et des moyens	page 29
4.1.5 – Non disponibilité du financement	page 29
4.1.6 – Inadaptation de l’information et de la communication	page 30
4.1.7 – Dépassement des délais	page 30
4.2 - Les risques liés à l’histoire et à la configuration du service	page 31
4.2.1 – Résistance du cadre	page 31
4.2.2 – Résistance du personnel	page 32
4.2.3 – Travaux supplémentaires	page 33
4.3 – Les risques liés à la relation client / fournisseur	page 33
4.3.1 – Faiblesse des liens avec les services utilisateurs	page 23
4.3.2 – Résistance et / ou passivité des services utilisateurs	page 34
4.3.3 – Faiblesse des liens avec les prestataires extérieurs	page 34
5 – ANALYSE DES RESULTATS	page 34
5.1 – La certification	page 34
5.2 – L’exemplarité de la démarche	page 36
5.3 – L’ouverture vers l’extérieur	page 37
CONCLUSION	page 37
 Annexes	 page 38

1) – DESCRIPTION DU CONTEXTE

L'action se déroule dans un établissement de santé de 834 lits et places¹, situé dans la banlieue nord d'une grande métropole. L'hôpital dessert un bassin de vie de 300 000 habitants. Il offre une prestation de soins généraliste, essentiellement en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et en psychiatrie.

L'hôpital a été créé en 1933 à l'initiative de cinq communes. Sa construction date de 1935. A l'époque, il était composé d'un bâtiment principal de 7 étages, en briques rouges, et de 4 bâtiments annexes. Pour des raisons conjoncturelles, il n'a réellement été ouvert au public que plus de 20 ans après, en 1955. A la fin des années 1970, il a bénéficié d'un plan d'agrandissement et de rénovation qui a pris toute son ampleur au début des années 1980. Il continue à s'agrandir, puisqu'il est prévu de construire un pôle de moyen séjour qui abritera, autour d'un plateau technique de rééducation et d'urodynamique, les services de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, de soins de suite et de neurologie. Le plan d'investissement prévoit également la construction d'une nouvelle cuisine et d'un bâtiment destiné à accueillir le service de psychiatrie infanto-juvénile.

L'établissement est implanté dans un parc de 35 hectares. Les principaux bâtiments sont ancrés au plateau technique et reliés à lui par un sous-sol. Toutefois, les bâtiments de psychiatrie et de rééducation et réadaptation fonctionnelles sont isolés.

La fonction linge est assurée en régie. Le linge est acheté par l'hôpital et la blanchisserie-lingerie le stocke, le traite et le distribue. La blanchisserie gère également la stockage et la distribution du linge à usage unique non stérile.

La blanchisserie traite 2,4 tonnes de linge par jour ouvré. Elle est ouverte du lundi au vendredi pour toutes ses fonctions et le samedi pour la seule distribution. Le matériel est relativement récent. Le tunnel de lavage et le système de séchage, ainsi que l'unité de traitement du linge en forme, ont été renouvelés en 1995. L'unité de repassage et de pliage du linge plat est en revanche plus ancienne. L'entretien du matériel est assuré par une société privée qui met un de ses agents à disposition du service à temps plein. La capacité réelle du service est de 5 tonnes par jour. Il s'agit toutefois de sa capacité technique. La prise en charge de quantités supplémentaires de linge nécessiterait une augmentation de l'effectif.

La blanchisserie est située dans un bâtiment indépendant qui abrite également la chaufferie de l'hôpital, ce qui facilite la fourniture au service de la vapeur dont il a besoin pour faire fonctionner les machines. Le fonctionnement de la chaufferie est géré par une société extérieure. Le bâtiment est relié au plateau technique et aux principaux bâtiments d'hospitalisation par un couloir souterrain qui permet d'assurer la distribution des armoires à linge à l'abri des intempéries. La distribution du linge aux services qui se trouvent dans des bâtiments éloignés est en revanche assurée par tracteur électrique.

Le service de la blanchisserie est en relation avec tous les autres services de l'établissement. En effet, tous les services utilisent du linge, en tissus ou à usage unique, en plus ou moins grandes quantités. A ce titre, tous les services de l'établissement sont les clients de la blanchisserie. Toutefois, les clients principaux sont les services de soins. Par ailleurs, étant donnée la mission de l'hôpital et, plus particulièrement, celle des services de soins, on peut considérer que les clients finaux, ceux pour lesquels tous les professionnels mettent en œuvre leur activité, sont les patients. Toutefois, dans le cadre de la présente démarche, la relation client/fournisseur s'applique aux services réceptionnaires et utilisateurs du linge, pour la première catégorie et à la blanchisserie pour la seconde.

¹ Cf. annexe I – capacité de l'établissement

Deux grandes catégories de linge en tissus sont traitées par la blanchisserie : le linge plat – les draps, les couvertures, les champs opératoires, les alèses, les serviettes, etc. – dont l'utilisation est essentiellement hôtelière, à l'exception notable des champs et le linge en forme – tenues du personnel – qui est destiné à certaines catégories de personnel.

La blanchisserie assure la distribution du linge qu'elle a traité. Cette fonction comprend l'allotissement par service et le transport. A l'origine, la distribution était automatique – système Saxby, ou par « tortues ». Depuis quelques temps, en raison de la panne générale du matériel, il a été nécessaire de revenir à une organisation manuelle du transport. Le système Saxby est assez ancien et les pièces détachées sont de plus en plus rares. Le renouvellement du parc des tortues coûte excessivement cher car il doit être accompagné d'une rénovation complète du système de guidage.

La blanchisserie emploie 23 agents pour 21 équivalents temps plein. Son effectif a été réduit ces dernières années. Les départs en retraite n'ont pas été remplacés, jusqu'à atteindre l'effectif actuel. Cette évolution constitue la quote-part du service aux efforts de réduction budgétaire imposés à l'établissement. Le fait que le service continue à tourner, malgré la perte de 4 postes, a révélé l'existence d'un sur-effectif. La réduction du nombre de postes de l'unité a malgré tout nuit à sa capacité à prendre en charge les travaux de lingerie – ravaudage, ourlets, etc. La question de l'utilité de ce travail se pose toutefois. En effet, le linge en tissus coûte de moins en moins cher, même s'il est plus fragile. Par ailleurs, les lavages répétés le fragilisent encore plus. Bien souvent, il est préférable de jeter le linge abîmé et de le remplacer par du linge neuf, plutôt que de le ravauder. En conséquence, la réduction de l'effectif du service n'a pas réduit sa capacité à traiter le linge de l'établissement, bien que les agents qui y travaillent, responsable compris, aient longtemps dénoncé cette dérive.

Comme tous les services logistiques, la blanchisserie a longtemps servi de point de chute pour les agents non qualifiés de l'hôpital qui ne donnaient pas satisfaction dans les autres services. Cette pratique a conduit à créer des services difficiles à gérer et dont l'image auprès des autres unités est très négative. Dans l'établissement qui nous concerne, cela a été le cas dans une moindre mesure. Le service restauration et le service de la salubrité ont été les principales « victimes » de ce système. La blanchisserie en revanche a été relativement épargnée et le service a employé, et emploie encore, des agents dont le blanchissage est le métier. Le niveau de qualification initiale, sans être élevé, correspond toutefois aux attentes, ce qui a incontestablement bénéficié à la démarche de certification. En revanche, cette plus-value n'a pas été convenablement valorisée, du moins jusqu'à l'engagement dans la démarche, et l'image du service a longtemps été mauvaise.

Le service est encadré jusqu'à présent par un contremaître qui y a fait sa carrière, gravissant les échelons de la hiérarchie les uns après les autres. Cette pratique est courante dans les hôpitaux. Leur autonomie et le caractère local de leur fonctionnement a longtemps eu tendance à stabiliser le personnel. On y trouve des services qui ne sont composés que d'agents y ayant déroulé l'ensemble de leur carrière. C'est particulièrement le cas pour les services logistiques et administratifs. En revanche, les services de soins emploient plutôt des agents jeunes dont les compétences, plutôt que d'être acquises au fil du temps et de l'expérience, sont le fruit de la formation initiale. Le fait pour le cadre d'être un ancien du service l'a poussé à mettre en place un mode de fonctionnement mêlant affectif, réseau et solidarité. Peu formé à l'encadrement, il conçoit essentiellement le service comme son « lieu de vie professionnelle », soucieux de sa stabilité et peu enclin au changement. Certes, il perçoit bien les limites de sa pratique et conçoit la nécessité d'une amélioration. Il n'en a toutefois pas la capacité et s'efforce de maintenir l'activité du service dans le cadre de l'acceptable, c'est à dire en s'arrangeant pour que la production soit assurée, quelles qu'en soient les conditions.

L'image du service n'est pas bonne. Certes, les unités reçoivent du linge, mais les réclamations sont nombreuses et les ébauches de procédures qui sont en place ne sont jamais vraiment respectées. Les aller et venues entre les services cliniques et la blanchisserie sont nombreux et le temps dépensé considérable. Il est vrai que certains y trouvent leur compte et que les sorties permettent de s'extraire d'un environnement parfois très contraignant et difficile. Les problèmes ne trouvent de solution que lorsque les parties concernées en éprouvent conjointement le besoin, ou bien quand l'un des acteurs utilise une méthode plus coercitive. La blanchisserie et les services se rejettent la responsabilité des problèmes qui, faute de traçabilité et de mesure, ne peuvent être évalués. Certes, il existe une « Commission linge », mais cette instance, dont la composition est très politique puisqu'y siègent un représentant de chacun des « grands services » concernés, est surtout un lieu d'affrontement et de mise en cause, sans que des solutions puissent être trouvées.

2) – LE CHOIX D'UNE DEMARCHE DE CERTIFICATION ISO

L'hôpital s'est engagé en 1999 dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Il s'agissait tout à la fois de répondre à l'obligation réglementaire d'accréditation prévue par l'Ordonnance du 24 avril 1996 et de mettre en place dans l'institution une dynamique visant à améliorer la qualité de la prestation offerte aux patients et à leurs proches.

La direction a souhaité engager une démarche lourde et multidirectionnelle. C'est pourquoi, d'une part, elle a intégré les démarches qualité en cours et, d'autre part, elle a initié de nouvelles démarches. A ses yeux, tous les services devaient s'engager avec le même élan dans la démarche institutionnelle d'amélioration continue de la qualité. Certains d'entre eux pouvaient également choisir de mettre en œuvre, parallèlement, des démarches propres, adaptées à leur activité et aux objectifs qu'ils poursuivent. Il s'agissait de bâtir un édifice qualité complexe, au sein duquel certaines briques ont plus d'assise que d'autres et peuvent, à ce titre, servir d'étaie et de levier.

C'est ainsi que les services qui menaient d'ores et déjà une démarche qualité ont pris leur place dans cette construction. Il s'agissait essentiellement de services qui répondaient à des obligations réglementaires. Jusqu'en 1996, les initiatives en matière d'amélioration de la qualité ont souvent été limitées, faute de disposer d'une légitimité institutionnelle et seule la contrainte réglementaire offrait un espace de valorisation aux efforts entrepris. Ainsi, les deux laboratoires – biochimie et biologie – se sont engagés dès 1995 dans la démarche qualité que leur imposait la réglementation en mettant en place un système de suivi des principes et des référentiels du GBEA (Guide de Bonne Exécution des Analyses). Pareillement, la cuisine a tenté de mettre en place un système de gestion et de maîtrise des risques HACCP, conformément aux dispositions de l'Arrêté de septembre 1997 relatif à la restauration collective.

Avant 1999, la direction avait décidé d'engager un service dans une démarche de certification ISO. Il s'agissait de la stérilisation centrale. Ce service dysfonctionnait et surtout ne répondait absolument pas aux exigences minimales imposées par son activité. En choisissant l'objectif d'une certification ISO, cadre strict aisément applicable à une activité de type industrielle comme celle de la stérilisation, la direction et la pharmacie – service responsable de l'unité – espéraient faciliter la réorganisation dans le respect des normes.

Mais, le choix d'engager une démarche de certification en blanchisserie ne répond pas aux mêmes objectifs que ceux poursuivis pour la stérilisation. Certes, au terme des démarches, le résultat sera identique. Les deux services seront certifiés ISO 9001. Ils auront apporté la preuve qu'ils ont mis en place un système de management de la qualité qui répond aux exigences de la norme. Mais, la genèse des projets n'est pas la même. Avec la stérilisation, la direction souhaite résoudre un problème majeur qui, s'il n'est pas réglé, fait courir le risque

à l'établissement de voir certaines de ses activités de soins majeures remises en cause. Actuellement, il n'existe pas de palliatif à la suppression des stérilisations et l'hypothèse d'une mutualisation des moyens entre établissements publiques est très incertaine. Pour la blanchisserie, c'est une autre affaire. Son activité peut cesser du jour au lendemain, et l'établissement peut trouver sans problème et sans délai une solution de remplacement.

Ainsi, le choix d'une démarche de certification pour la blanchisserie de l'établissement relève d'une autre logique. En réalité la direction poursuit plusieurs objectifs. Tout d'abord, elle veut inciter certains services à mener isolément des démarches visant à améliorer la qualité de leur prestation, dans l'esprit de ce qui s'est fait sous l'empire des réglementations spécifiques antérieures. L'objet d'une telle incitation consiste tout à la fois à créer des pôles de qualité avérés et à servir d'exemple aux autres services, même si ceux-ci ne suivent pas obligatoirement une voie identique.

Au cours de la réflexion préalable à la mise en place de cette dynamique, la blanchisserie est rapidement apparue comme l'un des services qui peut s'engager dans une telle dynamique. Il s'agit d'un service logistique dont l'activité est essentiellement à caractère industriel. Cette activité ne laisse qu'une part réduite à l'incertitude que génère les rapports humains. Ce service est moins que d'autres, comme les services de soins, soumis au aléas induits par les relations entre les êtres. Il s'agit également d'un service dont les contours sont parfaitement définis. Il s'agit enfin d'une unité qui assure un service à destination de tous les services de l'établissement.

Par ailleurs, le service de la blanchisserie est, parmi les services logistiques, celui qui pose le moins de problèmes d'organisation et de restructuration. Certes, il ronronne depuis de longues années, sur un mode de fonctionnement dont les principaux caractères, si l'on se réfère à la typologie de Heuny Mintzberg [in « le management – voyage au centre des organisations » Editions d'organisation 1989] peuvent trouver leur place, tant dans le modèle entrepreneurial que dans le modèle mécaniste : supervision directe, standardisation du travail, spécialisation verticale forte, regroupement des unités par fonctions, peu de formation, peu de mécanismes de liaison, travail routinier sans latitude, environnement simple et stable.

Bien évidemment, cette organisation est inscrite dans le cadre plus large d'un établissement de santé qui possède lui-même ses propres pesanteurs. On peut considérer que le service répond en partie à ce qu'on lui permet de faire et que son fonctionnement correspond à ce qui lui est autorisé. Mais ses modes d'organisation et de fonctionnement ne génèrent pas de conflits majeurs susceptibles de nuire à la mise en place d'une démarche qualité propre. Il faut malgré tout, pour suivre cette voie que l'on veut exemplaire, que les conditions d'une réussite soient réunies. En premier lieu, il faut que la direction – et le mode de management de l'établissement qu'elle induit – change de méthode et d'orientation afin de sortir de la logique d'autorisation qui vient d'être présentée. En second lieu, il faut une adhésion des acteurs. Or, nous avons vu que le personnel du service, à l'exception notable du cadre, ne présente pas les caractéristiques qui font craindre une opposition ou une résistance absolue. Quant aux locaux et au matériel, ils sont configurés de telle sorte qu'ils permettent sans problème les réorganisations susceptibles d'être induites par une démarche de certification.

Certes, il aurait peut-être été préférable de lancer une telle opération dans un service en difficulté, afin de lui donner les moyens de résoudre les problèmes qui sont les siens, à l'instar de ce qui s'est fait en stérilisation. Toutefois, cela aurait été risqué et un échec n'est pas envisageable. Cette hypothèse pèse sur la démarche de la stérilisation et il faut impérativement que cela reste isolé. D'autre part, il convient de rappeler que la direction souhaite que les démarches qualité particulières servent d'exemple aux autres services et de moteur à la démarche d'amélioration continue de la qualité qui, elle, concerne toutes les composantes de l'institution. La blanchisserie de l'hôpital a besoin d'être réorganisée et

d'envisager différemment la prise en charge de son activité, en fonction de critères de qualité qu'il convient de définir. Par ailleurs, en raison des liens qui unissent ce service à tous les autres, il y a des chances pour que l'effet d'entraînement porte ses fruits. La fonction linge n'est pas réductible au travail de la blanchisserie et tous les utilisateurs sont également concernés. Les utilisateurs doivent un service à la blanchisserie et, à ce titre, deviennent les fournisseurs partiels de l'unité. Ensemble, les uns et les autres concourent à la satisfaction des patients qui sont les clients finaux. Encore reste-t-il à définir le contenu de la notion de satisfaction des patients en matière de fonction linge.

Le choix de la démarche s'est porté sur la certification ISO. Le caractère industriel de l'activité de la blanchisserie permet de le faire. Quelques blanchisseries hospitalières ont déjà tenté de suivre ce chemin, avec plus ou moins de succès. Si la blanchisserie atteint l'objectif qu'elle se fixe – et que lui fixe l'institution – elle sera la 10^{ème} blanchisserie hospitalière française à être certifiée et la seconde au regard de la nouvelle norme ISO 9001 version 2000. Car c'est sous l'empire de cette norme que les choses vont se jouer. En effet, l'idée de poursuivre la démarche a émergé alors que la norme de 1994 était encore en vigueur. Or, la version 2000 de la norme est parue entre temps. Il s'agit d'une modification notable de l'esprit des démarches de certification.

Les normes relatives à la qualité antérieures à 2000 se voulaient des modèles pour l'assurance de la qualité. La norme ISO 9001 version 2000 décrit les systèmes de management de la qualité et pose les exigences requises pour que ces systèmes lui soient conformes. Cette différence sémantique est tout à fait signifiante. La qualité, que l'on souhaitait constater en termes de résultats attendus – l'assurance de la qualité – devient l'objet d'une dynamique, fruit d'une méthode de management. La qualité n'est plus modélisée, mais elle s'inscrit dans le cadre de systèmes évolutifs mis en œuvre en vue de l'atteindre. La qualité n'est d'ailleurs pas modélisable et c'est pourquoi la norme ISO 9001 version 2000 utilise, pour traiter d'elle, le biais des systèmes de management. L'exigence porte sur la manière de faire, à charge pour chaque organisation de définir, d'adapter et de faire évoluer les niveaux de qualité qu'elle souhaite atteindre.

La nécessaire adaptation de la politique qualité à la finalité de l'organisme est d'ailleurs rappelée par la norme et le concept de « l'amélioration continue » apparaît à plusieurs reprises au fil du texte. C'est pourquoi, dans la présente étude, il ne sera que rarement question des conditions et des exigences techniques relatives à la qualité de l'activité en blanchisserie, comme, par exemple, les seuils bactériologiques qui permettent de garantir l'hygiène du linge fourni aux services. Il sera plutôt traité des conditions qui permettent d'atteindre ces critères, de les maintenir, de les contrôler, de les faire siens, de les valoriser et de les promouvoir.

Le choix de la démarche s'est également porté sur la certification ISO parce que la blanchisserie de l'établissement fonctionne à la moitié de sa capacité. En effet, elle traite 2,4 tonnes de linge par jour, alors qu'elle peut en absorber 5 tonnes. Le service est donc surdimensionné par rapport aux besoins de l'institution. D'autre part, les blanchisseries des établissements voisins sont vieillissantes et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation souhaite vivement que, dans le cadre de la réduction des coûts de fonctionnement des établissements de santé, des projets de coopération soient étudiés. Cela avait été le cas pour la même activité en 1997, alors qu'un établissement proche devait fermer son unité. Le projet avait échoué pour de multiples raisons, pas toujours très rationnelles. Le coût de l'opération avait été avancé comme justification principale de l'échec. En fin de compte, l'établissement avait été contraint d'avoir recours à un prestataire privé, dont les coûts, calculés à l'unité et non au poids, sont nettement plus élevés que ce qui était proposé. Depuis, les conditions d'une coopération ont changé. L'intégration dans le droit national de la directive européenne sur les services ne permet plus aux établissements publics de s'échanger des prestations par simple convention. Ils doivent se positionner dans le cadre d'une

procédure de marché public. Cela signifie qu'ils entrent directement en concurrence avec les entreprises privées. Certes, ils proposent des prestations moins chères. Mais ils ne répondent pas aux exigences des cahiers des charges, particulièrement en matière de maîtrise de la qualité de la prestation. C'est pourquoi la certification ISO devient un atout.

D'autre part, l'engagement du service dans une démarche de certification ISO représente pour lui un projet qui doit lui permettre de bonifier son activité tout en la valorisant, tant dans l'esprit du personnel qui y travaille que dans celui des autres professionnels de l'établissement.

Enfin, et nous revenons sur la notion d'édifice qui est chère à la direction, la démarche engagée par la blanchisserie doit servir d'exemple aux autres services. La direction part du principe que la culture qualité est susceptible de se diffuser par contagion. La dynamique qualité est une véritable culture qui s'exprime à travers des pratiques qui n'ont pas toujours trouvé leur place au sein du système de santé français. Certes, ainsi que le revendiquent de nombreux professionnels, la qualité n'est pas une affaire nouvelle et cela fait longtemps qu'elle fait l'objet d'une réflexion à l'hôpital. Mais les efforts en vue d'accroître le niveau de qualité de la prestation, lorsqu'ils existent, sont souvent le fait de groupes d'acteurs isolés qui ou bien répondent à une obligation réglementaire, ou bien souhaitent valoriser leur activité, bien souvent au détriment de toute cohérence institutionnelle.

Bien évidemment, il ne faut pas noircir à dessein un tableau qui ne l'est pas complètement. En effet, des expériences ont été menées avec succès dans certains établissements et des démarches qualité intégrées étaient d'ores et déjà opérationnelles avant même que l'ordonnance d'avril 1996 érige la qualité en objectif incontournable et obligatoire pour tous les établissements de santé. C'est avant tout pour répondre à cette obligation que la direction a initié toutes les démarches dont il est question dans ce chapitre. Mais, c'est également pour les pérenniser qu'elle a pris conscience de l'intérêt d'une diffusion de la culture qualité, diffusion qui passe inévitablement par l'appropriation par tous les acteurs des mécanismes d'amélioration de la qualité.

Pour mettre en pratique ces mécanismes et les intégrer systématiquement à tous les niveaux de l'activité, il faut les connaître et surtout leur trouver un intérêt. C'est pourquoi la démarche de certification, en révélant aux agents des services utilisateurs l'intérêt que représentent pour eux les produits qu'elle génère, doit faciliter cette appropriation. Il est certain que les services utilisateurs trouveront un intérêt à recevoir des dotations de linge suffisantes et maîtrisées, à ne plus utiliser que du linge propre selon les critères d'hygiène hospitalière et en bon état, à bénéficier chaque jour de tenues propres, à leur nom et à leur taille, à être écoutés et entendus par les professionnels de la blanchisserie, etc. Ainsi, cet intérêt est susceptible de leur montrer combien la démarche de certification, et plus particulièrement le management de la qualité, dans la logique du cycle d'amélioration de la qualité P.D.C.A.² – ou « roue de Deming » - peut être bénéfique et qu'ils ont tout avantage à se l'approprier.

Pour la direction, toutes les démarches qualité particulières intègrent très logiquement la démarche institutionnelle en vue d'accroître la qualité du service rendu. En effet, dès le lancement de la dynamique institutionnelle, la direction a présenté l'édifice qualité comme

² Le cycle de la qualité, ou « roue de Deming », du nom de son inventeur, décrit sous forme de schéma la dynamique d'amélioration continue de la qualité. La succession des quatre étapes qui composent les quartiers de la roue, symbolisés chacun par l'initiale du terme anglais qui le caractérise, exprime l'enchaînement de la logique d'amélioration : P pour « plan » ou planifier, fixer les critères ; D pour « do » ou agir, mettre en œuvre les actions visant à satisfaire aux critères ; C pour « Check » ou contrôler, évaluer pour mesurer l'écart qu'il y a entre ce qui est réalisé et les critères qui forment l'objectif ; A pour « act » ou réagir afin de réduire l'écart qui a été constaté et essayer de superposer les actions et les critères.

une organisation à trois niveaux qui se complètent et se recoupent parfois. Il y a d'une part l'hôpital qui répond à l'obligation d'accréditation et qui se prépare à l'échéance calendaire que représente la venue des visiteurs de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Mais, une démarche qualité ne se réduit pas à une échéance. Il s'agit plutôt d'une dynamique qui, dans la logique du cycle P.D.C.A. incite chaque service et chaque professionnel à améliorer continûment la qualité de son activité. C'est pourquoi la direction a préféré élever le niveau d'exigences institutionnel et a engagé une démarche d'amélioration continue de la qualité propre à l'établissement en insistant sur le caractère continu de la dynamique. Cette démarche, qui se superpose à la démarche d'accréditation et permet de la préparer sans limiter la qualité à cet aspect, prévoit la définition de référentiels propres à l'institution, élaborés collectivement et appropriables par tous. La démarche de certification ISO de la blanchisserie trouve tout naturellement sa place dans cette construction. Dans le manuel qualité qui la soutient, la fonction linge est citée dans les mêmes termes que ceux qui figurent dans le manuel qualité de l'ANAES. C'est pourquoi, même si elle élève le niveau des exigences qui s'imposent au service, la démarche de certification est en phase avec les critères qui ont été posés par l'ANAES.

Dans le manuel qualité de l'ANAES, le 6^{ème} référentiel sur les fonctions logistiques (GFL) dispose dans son 4^{ème} chapitre que « la fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée ». Cette référence se décline en quatre critères de qualité : 1) « le traitement du linge fait l'objet de protocoles et d'évaluations » ; 2) « la séparation du linge propre et du linge sale est assurée tant pendant le transport que dans les secteurs d'activité » ; 3) « les professionnels des secteurs d'activité sont formés aux règles d'hygiène concernant le linge » ; 4) « un contrôle du traitement du linge est réalisé à périodicité définie ». Ainsi, à la lecture des critères de qualité fixés par l'ANAES on s'aperçoit que la certification, si elle aboutit, permet de se préparer au delà de ce qui est demandé, à l'échéance calendaire de l'accréditation sans risquer d'être l'objet ni d'une réserve ni d'une recommandation sur cette activité.

En conclusion de ce chapitre, il apparaît que le modèle logique principal de l'intervention, qui est présenté en annexe³, concerne l'amélioration de la qualité du service rendu par la blanchisserie, par la mise en œuvre d'une démarche de certification ISO. De façon induite, ce modèle doit également conduire à la diffusion de la culture et des pratiques qualité dans l'établissement. La conséquence de l'intervention réside également dans la possibilité qui sera ouverte au service, lorsqu'il sera certifié, de vendre son savoir faire à l'extérieur et de prendre en charge le linge d'autres institutions.

3) – DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

3.1 – Le périmètre de l'intervention

L'intervention, sujet du présent projet d'intégration porte sur un objet précis : la démarche de certification ISO de la blanchisserie de l'hôpital. Elle vise un service particulier et une activité identifiable. Toutefois, au sein d'un établissement hospitalier, toutes les activités sont liées et concourent à la satisfaction des besoins des patients. Il en va ainsi, tout autant, pour les services de soins, que pour les services qui assurent des activités périphériques, comme les services logistiques. C'est pourquoi il convient de bien cerner le périmètre de l'intervention.

La démarche de certification ISO de la blanchisserie de l'hôpital constitue un cadre strict formalisé par une norme externe, à l'aune de laquelle le fonctionnement du service doit être analysé. Il convient en conséquence d'éliminer du champ de l'intervention les actions qui ne seraient pas en lien avec les processus qui structurent cette activité. Ainsi en va-t-il, par exemple, de la gestion courante des ressources humaines qui ne méritent une investigation

³ Cf. annexe II – Schéma simplifié du modèle logique de l'intervention

que si l'organisation dont elle découle a pour but de renforcer le dispositif de management de la qualité.

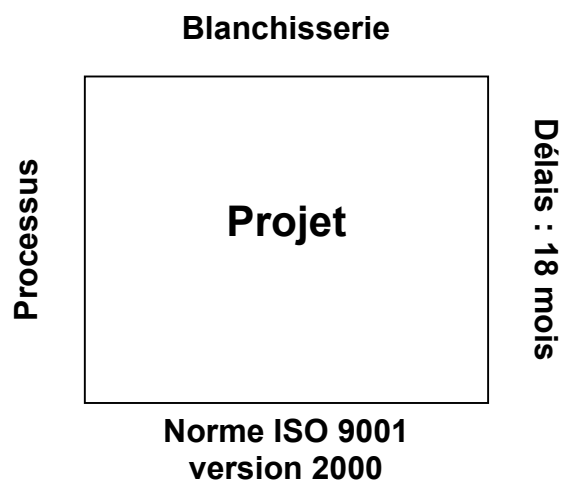
L'intervention concerne un service précis : la blanchisserie de l'hôpital. Certes, ce service agit dans le cadre de ce que l'on appelle « la fonction linge ». De nombreux autres services y sont également impliqués, puisque le linge plat, par exemple, sert à la réfection des lits et que cette charge est assumée par les agents des services de soins. Toutefois, il n'est pas possible de fixer un objectif de certification pour la fonction linge dans son ensemble. La poursuite de cet objectif nécessiterait la mobilisation de nombreux services et agents, avec tous les conflits de responsabilité et d'intérêt que cela induit. Cela rendrait la tâche, si ce n'est impossible, du moins particulièrement ardue. En conséquence, il a été retenu de mener le projet au sein de la seule blanchisserie, même si les exigences de qualité qu'elle s'impose doivent également recevoir un écho auprès des autres services impliqués dans la fonction linge. L'implication de ces unités dans une démarche de certification ISO pourrait constituer un objectif ultérieur qui trouverait logiquement sa place dans l'édifice qualité et serait la conséquence des efforts de diffusion de la culture qualité dans l'institution, réalisée à partir de l'exemple de la blanchisserie.

L'intervention concerne la seule activité de la blanchisserie, mais elle concerne toute l'activité du service. C'est pourquoi il convient de bien identifier les processus de fonctionnement de l'unité afin de poser clairement et de façon exhaustive toutes les exigences de qualité qui devront être atteintes.

L'intervention concerne toute l'activité de la blanchisserie, c'est pourquoi elle doit porter sur tous ses aspects, sans en omettre un seul. Ainsi, les domaines suivants doivent être inclus dans son champ : achat et stockage du linge et des consommables ; réception des marchandises ; collecte du linge sale ; tri du linge ; lavage, séchage, repassage, pliage et entreposage du linge ; entreposage des chariots ; allotissement et expédition ; entretien technique du matériel ; hygiène et nettoyage ; aménagement des locaux ; gestion du personnel et des compétences ; communication interne et externe ; gestion des tenues du personnel ; achat, réception, stockage, expédition du linge à usage unique.

L'intervention s'inscrit dans un cadre temporel précis. Le délai fixé pour la démarche de certification, de son lancement à son aboutissement, était initialement de 18 mois. La démarche a été lancée en septembre 2000. Elle devait logiquement aboutir, par la certification du service, en mars 2002. En réalité, la visite des certificateurs n'aura lieu qu'en novembre 2002, soit 6 mois après le terme estimé. Au moment du lancement du projet, la définition du périmètre prévoyait toutefois une opération se déroulant sur 18 mois.

Le périmètre de l'intervention peut être schématisé comme suit :



3.2 – Les acteurs du projet

Le projet mobilise de nombreux acteurs. Il convient de distinguer parmi eux ceux qui le sont à titre principal de ceux qui apparaissent de manière annexe. Il convient également de bien fixer le rôle de chacun.

Le maître d'ouvrage est le directeur de l'établissement. A travers le projet, il poursuit plusieurs objectifs, parmi lesquels : le souci de valoriser l'activité du service en vue de pouvoir vendre la prestation à l'extérieur, la volonté d'ajouter une brique à l'édifice qualité et le souhait que la dynamique engagée fasse des émules au sein d'autres services, ou du moins serve d'exemple en matière de démarche qualité. Le directeur a délégué au directeur des services économiques le soin de suivre le projet du point de vue du maître d'ouvrage.

Le directeur de la qualité, qui a pris son poste en cours de projet, joue également un rôle non négligeable, dans la mesure où il guide le service dans sa démarche et veille à ce qu'elle se situe en permanence dans le cadre fixé par la direction en matière de politique qualité.

Le maître d'œuvre, ou chef projet, est le responsable de l'assurance qualité (RAQ) du service. Cette mission échoit à un cadre technique recruté à cet effet. Pour accompagner la démarche et soutenir le chef projet, le directeur a décidé de recourir aux services d'un cabinet de conseils. Un agent de ce cabinet est chargé de suivre le projet et d'apporter tous les conseils utiles pour le structurer, ainsi que le soutien technique et logistique indispensable à sa mise en œuvre.

Un comité de pilotage a été constitué aux fins de suivre le projet et de prendre les décisions indispensables à son déroulement. Ce comité est présidé par le directeur de l'établissement. Il est composé des directeurs fonctionnels concernés (services économiques, travaux, ressources humaines, qualité et soins infirmiers), de l'ingénieur des travaux, du responsable de la formation continue et, bien évidemment, du chef projet. L'agent de la société de conseils assiste aux réunions lorsque cela s'avère nécessaire. Le comité de pilotage peut, par ailleurs, inviter en qualité d'expert qui bon lui semble utile.

Les agents de la blanchisserie sont les acteurs principaux du projet. Nous avons vu que l'effectif théorique de l'unité a été définitivement fixé à 22 agents. Dans la réalité, toutefois, les agents sont moins nombreux en raison, d'une part, des retards de recrutement, en remplacement des départs en retraite ou des mutations et, d'autre part, des absences pour maladie. La préparation du projet a donné lieu à une réorganisation du service en secteurs, à la tête desquels ont été nommés des responsables issus du corps de l'effectif. La polyvalence a par ailleurs été promue, tant au sein des secteurs que dans le service dans son entier.

Les agents des autres services sont également acteurs du projet, même si leur participation est plus ténue dans la mesure où le périmètre de l'intervention les a exclu du champ de la certification. Parmi eux figurent au premier chef les « référents linge » qui ont été nommés dans chaque service. Certes, les cadres des services jouent un rôle essentiel. Toutefois, les référents doivent pouvoir assurer la place de truchement entre les services au sein desquels ils travaillent et la blanchisserie, déchargeant ainsi le cadre de certaines tâches et, surtout, prenant en charge le traitement des problèmes mineurs. Le chef projet a également décidé de créer un groupe de médiation, composé à parité d'agents de la blanchisserie et de référents. Ce groupe de travail est chargé de suivre l'activité, principalement en ce qui concerne les liaisons client/fournisseur, et de régler les problèmes importants ou qui nécessitent la participation active de plusieurs services.

En interne, tous les services de l'établissement ne se contentent pas d'être les clients de la blanchisserie. Certains sont également fournisseurs de services et doivent, à ce titre,

adapter leurs pratiques aux exigences qualités définies par le service. Il en va ainsi, par exemple, des services techniques qui sont amenés à intervenir dans la blanchisserie et du service de collecte des déchets. Pour illustrer le niveau de leur implication, on peut citer la procédure qui a été mise en place pour contrôler l'accès aux unités de la blanchisserie et la maîtrise de l'hygiène. Les agents des services techniques doivent se vêtir de tenues ad hoc, avant de pénétrer dans l'une des zones et respecter le principe de la « marche en avant ⁴ ».

L'activité de la blanchisserie nécessite le recours à des prestataires extérieurs et à des professionnels qui ne sont pas des salariés de l'établissement mais qui sont également des acteurs du projet en raison du rôle qu'ils jouent. Il en va ainsi pour l'entreprise chargée de l'entretien technique des machines. Le marché qui a été passé avec elle prévoit qu'elle met un agent à disposition de l'établissement à plein temps. Il en va de même pour la société qui est chargée de gérer les fluides et, plus particulièrement, de fournir la vapeur. Parmi les prestataires extérieurs figurent enfin les fournisseurs de produits lessiviels, ainsi que ceux qui se voient attribuer les marchés de linge et de consommables. Tous ces prestataires doivent participer à leur niveau, à la dynamique qualité initiée par le service, ne serait-ce qu'en répondant aux critères de qualité qui figurent dans les cahiers des charges des marchés et en maintenant le niveau de qualité atteint.

Dans le cadre de la démarche de certification, d'autres acteurs doivent intervenir pour que l'édifice corresponde à ce qui est demandé. Ainsi l'ultime étape, la certification, prévoit la visite des agents d'un organisme certificateur. Pour préparer cette visite, le service doit s'être soumis au préalable à un audit externe qu'il a choisi de répéter en menant un audit interne. Ainsi, les auditeurs, internes et externes, jouent un rôle dans la démarche.

Le positionnement des principaux acteurs est présenté en annexe sous forme de schéma⁵.

3.3 – Les étapes de la démarche

Le projet comporte une série d'étapes qui sont liées les unes aux autres en suivant un enchaînement chronologique. Certaines de ces étapes sont propres à la démarche de certification et à l'organisation qu'elle prévoit. Elles se suivent donc et s'enchaînent. D'autres, en revanche, permettent de la préparer et peuvent donc, à ce titre, se chevaucher.

Le projet devait se dérouler en 18 mois. Par un glissement qui sera commenté au cours de l'étude des forces et des faiblesses du projet, il a dépassé de 6 mois le terme fixé. Toutefois, les étapes qu'il comporte sont restées identiques, même si certaines se sont dilatées. Leur présentation sous forme de schéma figure en annexe⁶. Dans le corps du texte, elles sont illustrées par l'exemple et le détail de leur mise en œuvre est précisé.

3.3.1 – Le lancement de la démarche

La démarche est officiellement lancée en comité de pilotage. En amont, elle a fait l'objet d'une réflexion interne à l'équipe de direction, réflexion à laquelle le futur chef projet a été en partie associé. Il s'agissait de mesurer a priori la pertinence du projet. Ce débat a été toutefois écourté, tant la volonté du directeur était forte. La discussion a plutôt porté sur les modalités de mise en œuvre du projet que sur sa faisabilité. Les agents du service ont été les premiers investis. Certes, la démarche a également fait l'objet d'un débat interne. Mais

⁴ Le principe de fonctionnement dit de « la marche en avant » est une conception de l'activité, spatiale ou temporelle, visant à gérer et maîtriser les risques en matière d'hygiène. Elle se développe du plus propre au plus sale, en interdisant les retours en arrière, c'est à dire le sens du plus propre vers le plus sale.

⁵ Cf. annexe III – positionnement des principaux acteurs de la démarche

⁶ Cf. annexe IV – présentation schématique des étapes de la démarche de certification

elle n'a été officialisée qu'au cours d'une réunion plénière qui a permis à la direction de faire connaître au personnel les objectifs qu'elle leur fixe. Après validation par le comité de pilotage, le lancement de la démarche fait l'objet d'une action de communication à destination de l'ensemble du personnel de l'établissement. Un article rédigé par le directeur des services économiques paraît dans le journal interne dédié à la démarche qualité. Il est relayé par le directeur qui en fait état dans son éditorial.

En amont du lancement de la démarche, la direction a procédé au recrutement du futur RAQ. Sa mission lui a été présentée au cours des entretiens préliminaires. Le fait, pour l'établissement, de choisir un responsable de projet extérieur à l'établissement n'est pas anodin. En effet, ce choix a conditionné le déroulement de la démarche. En retenant un « œil neuf », la direction a montré qu'elle souhaitait rompre avec le passé du service, tout en donnant à ce dernier une chance d'évoluer. L'agent recruté est avant tout un technicien. Toutefois, il lui a été proposé de suivre, avant-même sa prise de poste, une formation à l'encadrement et aux techniques de la blanchisserie. Cet effort supplémentaire confirme la volonté de la direction de voir le projet aboutir dans de bonnes conditions. Toutefois, il révèle qu'il est demandé au RAQ de préparer la certification du service, mais également d'assurer l'encadrement de l'unité, en remplacement du contremaître qui a fait valoir ses droits à la retraite. Cette double casquette n'a pas été sans poser des problèmes de positionnement et d'investissement.

Pour parfaire le dispositif, la direction a décidé de recourir aux services d'un cabinet de conseils chargé d'accompagner le RAQ et le service tout au long de la démarche. Il s'agit d'un élément supplémentaire qui s'est révélé fort précieux. L'agent de cette société a su apporter tous les conseils nécessaires à la préparation de la certification et a permis au service d'économiser un temps précieux et, d'une certaine façon, au RAQ de gérer sa double mission avec plus de facilité.

Tout projet nécessite d'être clairement défini. Si le présent projet l'a été d'une certaine façon, son lancement n'a pas été accompagné par l'édition d'une note de clarification. Ce document a été élaboré ultérieurement. Il a toutefois le mérite d'avoir existé à un moment donné et a permis de recadrer la démarche, même si celle-ci était bien avancée. La note de clarification figure en annexe⁷.

3.3.2 – L'identification des besoins des clients

La première tâche qui incombe au RAQ consiste à identifier les besoins des clients. Ce travail est réalisé avec les clients eux-mêmes, avec les agents du service. Une sorte de brainstorming, mené au cours de réunions paritaires blanchisserie/services, permet de dégager les grands axes qui permettent de fixer les deux extrémités du « chaînage des exigences de client à client ». Ce chaînage part des exigences des clients pour arriver à leur satisfaction. Pour compléter la description, le RAQ profite du fait qu'il lui appartient de prendre connaissance de l'établissement et de ses modes de fonctionnement pour arpenter les services et mener des interviews directement auprès des utilisateurs. Il tire de ces enseignements les conclusions qui lui permettent de mettre en place l'organisation qui formalise les liens entre la blanchisserie et les services.

Le RAQ s'appuie sur les cadres pour faire avancer ses idées et faciliter le dialogue entre son service et les agents des unités. La nomination des référents est un moment fort qu'il ne faut pas rater. En effet, aucun service ne peut se permettre d'être isolé. Chacun d'eux doit disposer d'un relai. Le travail de persuasion est intense, d'autant plus que le poids du passé est encore très présent. Malgré cela, les référents sont nommés. Une première réunion leur permet de prendre la mesure de leur tâche. La pratique montrera que les référents joueront

⁷ Cf. annexe V – note de clarification

plus ou moins leur rôle et que, malgré les efforts de mobilisation, certains services, toujours les mêmes, ne participeront jamais réellement à la démarche. On trouvera la concrétisation de cette tendance lors de l'étude de la satisfaction des clients.

Parallèlement, le RAQ crée un groupe de médiation, qui s'avère être un outil particulièrement intéressant et plus souple que le groupe pleinier des référents linge.

La détermination des besoins des clients aboutit à l'élaboration de contrats avec eux. Ces contrats, signés par les responsables des services concernés (responsable de la blanchisserie et cadres des services), précisent les engagements mutuels de chacune des parties. Ils permettent également de fixer des objectifs quantifiables, comme le taux de relavage, les erreurs de tri, etc. Les chiffres sont suivis par la blanchisserie qui les communique mensuellement aux services concernés. Cela permet de repreciser les objectifs et de mettre en place des actions en vue de corriger les déviations.

3.3.3 – L'identification des processus

On ne maîtrise pas la qualité de son activité si l'on ne connaît ni ne maîtrise ses processus. En interne, avec les agents des services, au regard des exigences des clients dûment identifiées et en fonction des moyens à sa disposition, le RAQ cherche à identifier et modéliser les processus du service. Il s'agit des processus qui formeront le cadre au sein duquel s'inscrira la certification. Le RAQ identifie trois processus : 1) produire et distribuer le linge propre ; 2) gérer les tenues du personnel ; 3) approvisionner les services en articles non tissés à usage unique.

Le positionnement des processus dans le chaînage des exigences de client à client est schématisé en annexe⁸.

3.3.4 – L'état des lieux des moyens

L'identification des processus pose le problème de leur mise en œuvre. Certes, d'un point de vue théorique, ils se déclinent en procédures. On peut citer, par exemple, les procédures suivantes : 1) réception du linge sale en blanchisserie ; 2) lavage en tunnel ; 3) finition du linge plat ; 4) non conformité en production ; 5) finition du linge en forme ; 6) maintenance préventive du train de finition du linge plat ; 7) répartition des sacs de linge par service ; 8) distribution du linge dans les armoires ; 9) achat, réception et stockage des articles à usage unique. Toutes ces procédures font l'objet d'une formalisation et intègrent le système documentaire.

Les procédures ne peuvent être mises en œuvre correctement que dans la mesure où le service dispose des moyens pour le faire. Le directeur des services économiques et le RAQ évaluent les moyens supplémentaires nécessaires au fonctionnement du service. Cette évaluation porte tout autant sur les ressources humaines que sur le matériel et l'aménagement des locaux. Le travail réalisé permet de figer l'effectif nécessaire au fonctionnement du service à 22 agents, RAQ non compris. Cette conclusion consacre le plan d'économie qui a été mis en œuvre dans les années passées. Bien évidemment, il s'agit de l'effectif nécessaire pour traiter 2,4 tonnes de linge par jour ouvré. Dans l'hypothèse où le service, fort de sa certification, prendrait en charge le linge d'autres institutions, il conviendrait de revoir ce chiffre à la hausse, compte tenu des économies d'échelle que l'augmentation du volume générerait.

La détermination des ressources physiques et, plus particulièrement, des travaux et des aménagements à réaliser ne fait que confirmer le plan d'intervention dont on a retrouvé

⁸ Cf. annexe VIII – Chaînage des exigences de client à client

l'origine en 1995. Il apparaissait que , malgré les besoins affichés, aucune action n'a été entreprise. Cette constatation donne une bonne idée de l'état d'esprit de l'institution vis à vis de ses services logistiques. D'une certaine façon, l'un des bénéficiaires de la certification réside dans la résolution de problèmes récurrents. La direction s'est engagée sur l'aboutissement de la démarche. Elle n'a plus le choix et doit apporter les moyens nécessaires. Dans la réalité, les choses ne se sont pas déroulées aussi simplement. L'état des besoins a été présenté au comité de pilotage. Or, pour des raisons à la fois conjoncturelles et fonctionnelles, il n'a pas toujours été donné suite aux demandes dans l'esprit de l'engagement. Ce point sera développé plus bas, dans le cadre de l'étude des limites et des contraintes.

3.3.5 – La fixation des objectifs opérationnels et l'identification des contraintes

La mise en oeuvre des processus nécessite des moyens. Certains existent, d'autres pas et nous avons vu que l'analyse de l'état des lieux a révélé des carences. C'est pourquoi il convient, avant même d'engager une démarche vers les pourvoyeurs de moyens, de fixer les objectifs opérationnels que le service souhaite atteindre. Ces objectifs se déduisent de l'analyse des besoins des clients. Ils permettent de dimensionner le service et de cerner sa capacité, pour mieux la maîtriser. Les principaux d'entre eux sont les suivants : 1) la quantité de linge à traiter ; 2) la périodicité du traitement ; 3) les jours d'ouverture ; 4) les dotations de linge par service ; 5) les dotations de tenues par agent ; 6) la quantité de linge relavé ; 7) le volume de rebut acceptable.

La fixation des dotations de linge par service fait l'objet d'un travail particulier, mené en concertation avec les cadres et les référents linge. L'objectif consiste à permettre au service de disposer des quantités qui lui sont nécessaires et d'éviter les pertes de temps et d'énergie et la non qualité que constituent les ruptures de stocks tampons. Il s'agit également de fixer la base quantifiée des contrats passés entre la blanchisserie et les services. Le RAQ a commencé ce travail en effectuant un inventaire général du linge disponible dans l'établissement. Cet inventaire a montré que sous l'empire du fonctionnement initial, dont les principales caractéristiques étaient l'opacité du mode de fonctionnement et la méfiance mutuelle, les services avaient constitué des réserves plus ou moins importantes, ce qui ne les empêchait pas de dénoncer le manque de linge. Les quantités ont ensuite été fixées en tenant compte de la capacité et de l'activité des services, ainsi que de l'aléa. Un système de dotation par déclaration a été mis en place. En effet, comme il n'est pas possible de comptabiliser le linge sale à la pièce, les dotations de renouvellement sont constituées sur la base de la déclaration qui en est faite par les services. Un contrôle régulier de la rotation permet d'ajuster les quantités et de les faire à nouveau concorder avec celle qui figurent sur le contrat. Ce système et le contrat ont pour objectif de responsabiliser les clients et, partant, d'améliorer la qualité de la prestation.

Dans le même esprit, il convient d'identifier les contraintes auxquelles le service est confronté. Leur prise en compte permet d'affiner la détermination des moyens et de donner une crédibilité à l'édifice que le RAQ souhaite mettre en place. Les principales contraintes concernent : 1) le calendrier des marchés publics ; 2) le statut du personnel ; 3) la disponibilité des outils de transport internes ; 4) la périodicité des visites d'entretien des machines ; 5) l'usure des pièces.

L'exemple du transport interne permet d'illustrer la démarche. L'établissement était doté d'un système de manutention automatique qui, en desservant tous les services reliés au plateau technique par le sous-sol, permettait de livrer la plupart des produits (médicaments, repas, linge, matériel stérilisé). Le choix de cette solution a été pris au début des années 1980, en raison des grandes distances qui séparent les services. Ce matériel a fonctionné pendant près de 20 ans. Son existence permettait d'économiser l'énergie des agents des services, qui n'avaient plus à se déplacer et évitait d'avoir à recruter du personnel spécifiquement dédié au transport interne. Le système est tombé en panne définitive en 2001. Il a fallu que

le service de la blanchisserie tient compte de cette nouvelle contrainte pour la détermination de son organisation et de son mode de fonctionnement.

3.3.6 – La réorganisation du service

Les informations collectées lors des étapes précédentes permettent d'asseoir la réorganisation du service sur une base crédible. Cette réorganisation concerne tout autant l'aménagement des locaux que le mode de fonctionnement de l'unité et les conditions de travail. Ainsi, le service est découpé en grands secteurs d'activité : 1) collecte et tri ; 2) traitement du linge plat ; 3) traitement du linge en forme ; 4) lingerie ; 5) distribution. Un responsable est nommé à la tête de chaque secteur. L'activité est précisée et des fiches de fonction sont éditées. La déconcentration de la responsabilité doit permettre aux agents de mieux maîtriser leur activité et de faciliter la poursuite des objectifs de qualité.

La structuration de l'espace fait l'objet d'une étude. La mise en œuvre de ses conclusions doit permettre de garantir, mieux que cela le fut, le respect des principes de la « marche en avant⁹ ».

3.3.7 – La mise en place des liens avec les clients

En complément du travail qui a été réalisé lors de la détermination des exigences des clients, le RAQ s'attache à finaliser la mise en place des liens qui les unissent au service. Parallèlement, et afin de répondre tout à la fois aux exigences de la norme et de connaître l'évolution des exigences, un système de mesure de la satisfaction des clients est mis en place. Ce système porte sur une série d'items caractéristiques. Il propose également aux services de noter la prestation de manière globale. La confrontation de ces deux indications, par mesure et dans le temps permet de contrôler son évolution, de prendre connaissance des points à améliorer et de fixer des objectifs.

Les enquêtes de satisfaction révèlent tout d'abord le niveau d'implication des services dans la démarche. En suivant le taux de réponse, globalement, par catégories de services et par service, on peut avoir un aperçu de l'impact de la démarche sur les clients et, le cas échéant, tenter de savoir pourquoi certains services restent isolés, afin d'apporter une réponse qui permette de mieux les impliquer. Les services qui ne répondent pas aux enquêtes de satisfaction sont souvent ceux qui ne respectent pas les procédures qui sont mises en place. Le tableau suivant présente l'évolution de la participation des services aux enquêtes de satisfaction au cours des trois premiers trimestres de l'année 2002 :

	1^{er} trimestre	2^{ème} trimestre	3^{ème} trimestre
Services d'hospitalisation	63%	22%	67%
Consultations	46%	61%	54%
Autres services	78%	60%	70%
Total	62%	47%	64%

Les scores qui figurent sur ce tableau montrent qu'il existe une assez bonne participation des services aux enquêtes de satisfaction, malgré un mauvais accueil de l'enquête du second trimestre, principalement par les services de soins. Ce « mauvais » résultat est

⁹ Cf. note 4

conjoncturel et s'avère être la réaction, « sur le dos » de la blanchisserie, des services confrontés à des problèmes institutionnels. Cela démontre que la démarche de certification revêt bien une dimension institutionnelle aux yeux des professionnels.

Dans l'enquête de satisfaction, les services sont invités à donner une note à la prestation de la blanchisserie. Il s'agit d'une appréciation globale. Mais son suivi sur une longue période permet de mesurer l'état général de la satisfaction et de fixer des objectifs d'amélioration, compte tenu des conclusions de l'analyse des questions qui portent sur des points précis de l'activité. Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la notation par catégories de services, au cours des trois premiers trimestres de l'année 2002. Il s'agit d'un score sur 20. :

	1^{er} trimestre	2^{ème} trimestre	3^{ème} trimestre
Services d'hospitalisation	14,42	13,34	13,54
Consultations	15,16	13,66	14,86
Autres services	13,12	12,36	11,75
Total	14,23	13,12	13,38

Les scores qui figurent sur ce tableau montrent que le niveau global de satisfaction est assez correct. Une analyse plus fine révèle des différences d'appréciation par service ou groupes de services. Ainsi, 26% des services ont mis une note inférieure à 10, 17% une note supérieure à 16 et 57% une note comprise entre 10 et 15.

Fort de ces résultats, la blanchisserie peut se fixer des objectifs quantifiés et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité. Les chiffres sont étudiés au cours des revues de direction. L'objectif fixé au cours de celle qui a étudié les chiffres du second trimestre était de revenir au score du premier trimestre et de le dépasser pour atteindre 14,50. Cet objectif restait assez humble, mais il permettait d'engager des démarches crédibles et efficaces.

3.3.8 – La mise en place des liens avec les fournisseurs externes

Dans le même esprit, des liens avec les fournisseurs sont précisés. Toutefois, même si la prestation offerte par les fournisseurs doit trouver sa place dans le cadre des règles fixées par le RAQ, ils n'entrent pas dans le champ proprement dit de la certification. Il faut donc composer avec eux et essayer de trouver les moyens d'obtenir un service de qualité. Les voies et les recours classiques du domaine de l'achat public permettent d'y parvenir en grande partie.

Il est toutefois possible de classer les fournisseurs externes en trois groupes. Il y a tout d'abord ceux qui fournissent un service ou une prestation régulière, mais occasionnelle, comme les fabricants ou les distributeurs de linge. Il y a ensuite les fournisseurs qui assurent une présence sur le site et dont la prestation quotidienne est indispensable au fonctionnement de l'unité. C'est le cas de la société chargée de l'entretien des machines et du fournisseur de vapeur. Pour ce dernier, un outil de suivi de la qualité de la fourniture a été mis en place. Un tel indicateur permet de placer la société face à ses responsabilités et de prouver les variations de puissance, qui, rappelons le, sont préjudiciables au service. Ainsi, par exemple, la qualité la puissance de la vapeur est suivie. Sur 9 mois, de janvier à septembre 2002, le taux d'arrêt de la production, exprimé en pourcentage de l'activité totale, dû à une baisse significative de la fourniture de vapeur, c'est à dire en deçà d'un seuil fixé

au préalable et d'un commun accord entre le service et le prestataire, a évolué de la façon suivante :

mois	Arrêt de la production
Janvier	2,76%
Février	12,14%
Mars	0,01%
Avril	0,01%
Mai	0%
Juin	1,19%
Juillet	0%
Août	7,12%
septembre	0,09%

On constate, à la lecture de ce tableau, que la fourniture de vapeur n'est pas régulière. Il s'agit d'un point à risque que le service doit gérer. C'est pourquoi, le niveau d'exigences imposé aux prestataires externes doit être à nouveau formalisé en fonction de nouveaux critères.

Il y a enfin les fournisseurs externes au service, mais internes à l'établissement. L'un des objectifs de la démarche réside dans son exemplarité. La négociation de règles communes entre la blanchisserie et ces services doit permettre, d'une part, de garantir la qualité de la prestation du service et, d'autre part, d'essaimer la culture qualité et de l'inscrire dans la pratique des autres unités.

3.3.9 – L'élaboration et la mise en œuvre des procédures

Dans le cadre de la nouvelle organisation, les agents du service et le RAQ s'attellent à la rédaction des procédures et, le cas échéant, des modes opératoires qui les précisent. La mise en œuvre des procédures s'accompagne de celle des outils qui permettent d'en mesurer l'application. L'élaboration de ces documents a été réalisée par le service tout entier. Le Directeur des services économiques et le RAQ ont constitué des groupes de travail internes dont la mission a consisté à réfléchir au contenu de ces documents qui ne sont en fait que des outils pour les agents.

3.3.10 – La rédaction du manuel qualité

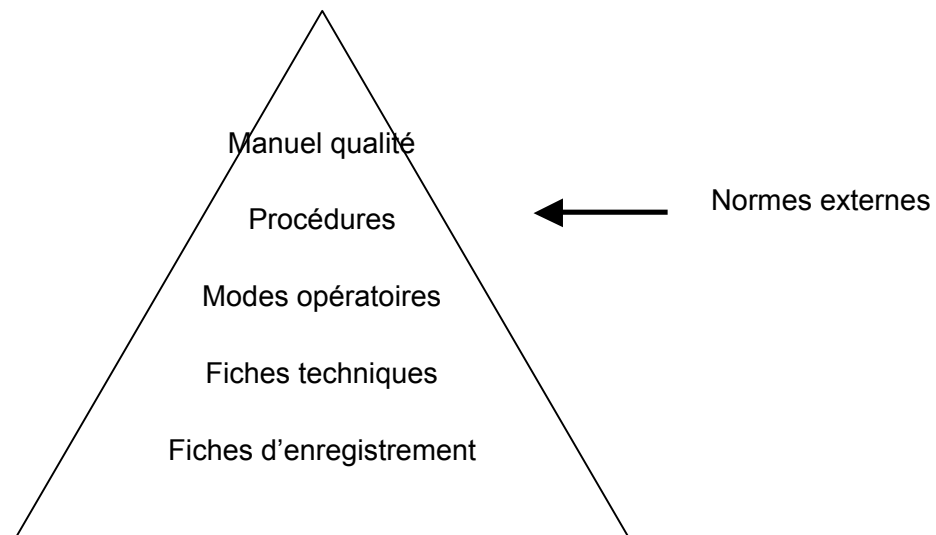
La rédaction et la diffusion du manuel qualité du service marquent une étape importante de la démarche. En effet, ce document, situé au sommet de la pyramide documentaire, contient la description exhaustive du système de management de la qualité. Sa structuration figure en annexe.¹⁰

Le manuel qualité de la blanchisserie fait référence à tous les autres documents qui sont élaborés par le service et qui servent de référence à l'activité. Les documents sont élaborés en suivant les préceptes du système de gestion documentaire de l'établissement. Certes, ce système s'est construit en même temps que la préparation de la certification, ce qui n'a pas été sans poser des problèmes, particulièrement pour le mécanisme d'enregistrement. La blanchisserie a été contrainte de créer sa propre nomenclature. Toutefois, les deux systèmes, celui de l'hôpital et celui de la blanchisserie sont en phase et l'on y trouve tous les éléments qui permettent de prouver que les documents qui soutiennent la démarche de certification ont été élaborés dans l'esprit des dispositions de la norme ISO et que leur

¹⁰ Cf. annexe VII – structure du manuel qualité

« vie » est maîtrisée. Ainsi, chaque document trouve sa place dans le système documentaire et les liens qui existent entre tous sont formalisés. Un système d'enregistrement est en place. Les documents sont élaborés en suivant la chronologie de la « procédure des procédures »¹¹. La « vie » des documents est suivie, du besoin de leur élaboration jusqu'à leur retrait.

La pyramide documentaire de la blanchisserie peut être schématisée comme suit :



Dans ce schéma, le manuel qualité occupe le faite de la pyramide documentaire. Il fixe les niveaux d'exigences et décrit le système de management de la qualité. Les procédures, qui viennent ensuite, décrivent la manière d'accomplir l'activité qui permet de satisfaire aux exigences et de manager la qualité. Les modes opératoires expliquent comment mettre en œuvre les procédures. Les fiches techniques décrivent les outils¹² nécessaires à cette mise en œuvre ainsi que leur mode d'utilisation. Les fiches d'enregistrement permettent de suivre le fonctionnement des outils. Les normes externes, quant à elles, s'imposent et peuvent modifier le contenu et les orientations des différents documents de la pyramide. C'est pourquoi il convient de mettre en place un système de veille qui permet de les connaître et de les intégrer en temps voulu.

3.3.11 – La communication interne et externe

Ce chapitre constitue plus une tâche qu'une étape, en ce sens que la communication doit être permanente, mais maîtrisée, tout au long de la démarche. C'est pourquoi, dans le schéma du déroulement de la démarche qui figure en annexe IV, la communication n'est pas

¹¹ Cf. annexe VI – procédure des procédures

¹² Le terme « outil » est utilisé ici au sens large. Il désigne tous les moyens mis en œuvre pour réaliser l'activité.

incluse dans la chronologie des étapes, mais est accolée à chacune d'elles et les accompagne tout au long du processus.

En interne, le RAQ a souhaité mettre en place des outils simples mais performants. Un système, très classique, de notes d'informations et de panneaux d'affichage implantés dans les secteurs, permet aux agents de suivre tout à la fois le déroulement de la démarche et l'activité du service. Bien évidemment, les affiches et les notes ne valent que si elles sont lues et comprises. C'est pourquoi l'un des rôles des responsables des secteurs consiste à assurer la diffusion de ces informations, à les commenter avec les agents placés sous leur responsabilité et à contrôler que le message est bien passé. L'organisation régulière de réunions de service permet également de communiquer.

En externe, nous avons vu que le vecteur institutionnel de communication dédié à la démarche d'amélioration continue de la qualité a servi de support à l'information sur le lancement de la démarche. Cet outil a été utilisé à plusieurs reprises pour tenir les agents de l'établissement informés du déroulement de la démarche. Parallèlement, les animateurs de la démarche ont souhaité créer une feuille d'informations propre au service. Cet outil permet de diffuser des informations plus complètes et plus techniques sur l'avancement de l'opération, l'activité du service et les liens qui existent entre l'unité et les services clients. Pour donner une certaine dimension à cette initiative, le RAQ a souhaité que la feuille d'informations s'apparente plus à un petit journal qu'à une note. Ainsi est né « Echo blanc », vecteur de communication du service sur la certification.

Les informations ne valent que si elles sont diffusées et, le cas échéant, utilisées pour améliorer la qualité de la prestation. Le RAQ a mis en place de nombreux outils de mesure qui permettent de situer l'activité au regard d'indicateurs de qualité (taux de relavage ; nombre d'erreurs de tri ; présence d'objets dans les sacs de linge ; fermeture des armoires ; etc.). Outre leur diffusion au cours des réunions de travail avec les référents linge, ou bien dans le cadre des activités du groupe de médiation, elles sont formalisées et transmises systématiquement aux cadres des services. Encore une fois, l'un des objectifs de la démarche consiste à assurer une diffusion des pratiques en matière de qualité afin d'être exemplaire en ce domaine.

3.3.12 – La collecte des données et la mesure de la satisfaction

Tout au long de la démarche, il convient de vérifier que les objectifs qui ont été fixés sont atteints. C'est l'objet des outils de mesure qui ont été mis en place et que nous avons décrit plus haut : mesure de l'activité, mesure des dysfonctionnements, mesure de la satisfaction. Toutes ces données viennent nourrir la réflexion sur l'application des procédures et la maîtrise des processus.

Pour illustrer ce chapitre, on peut se pencher sur la mesure du relavage. Lorsque le linge sort de la chaîne de production, il doit posséder des qualités qui correspondent aux exigences fixées par le service. Il peut toutefois arriver que le linge ainsi lavé ne présente pas ces qualités, du moins en apparence. Ce problème peut être décelé aussi bien par les agents de la blanchisserie qui assurent le contrôle de la production que par les agents des services utilisateurs qui réceptionnent le linge et en vérifient la qualité avant de le mettre en service. Le relavage s'impose donc lorsque le linge doit être traité à nouveau avant même qu'il ait servi. Le taux de relavage constitue en conséquence un excellent indicateur de la qualité de l'activité de la blanchisserie. Plus il est faible et plus l'activité s'approche du niveau d'exigence « idéal ». Le taux de relavage peut constituer un objectif à atteindre, révisé à périodicité définie par les revues de direction. Il représente également un bon indicateur de

la mise en place et de l'efficacité du système de management de la qualité. Sur les 9 premiers mois de l'année 2002, le taux de relavage a évolué comme suit :

Mois	Quantité en kg	Taux
Janvier	587	1,22%
Février	510	1,18%
Mars	474	1,09%
Avril	431	0,97%
Mai	1122	2,12%
Juin	1187	2,47%
Juillet	1156	2,33%
Août	843	1,81%
Septembre	510	1,18%

L'analyse du tableau montre que le taux de relavage était maîtrisé au début de l'année, mais qu'il s'est dégradé à la fin du premier semestre pour culminer en été. Il a toutefois retrouvé son niveau de février en septembre, montrant ainsi que le service a réussi à tirer la leçon des problèmes estivaux ou bien que la situation est redevenue normale après un dysfonctionnement qu'une analyse attribue à l'ambiance générale de l'établissement et au désengagement temporaire des équipes.

3.3.13 – La revue de direction

Dès lors que les processus sont identifiés, que les procédures sont opérationnelles, que les outils sont en place pour en mesurer l'application, que le service est réorganisé, il est possible de dresser un premier bilan de l'état du projet et de fixer de nouveaux objectifs. C'est l'objet de la première revue de direction. Elle sera suivie d'autres réunions qui permettront de confronter les données à la réalité et aux objectifs du service.

3.3.14 – La réalisation de l'audit à blanc

La démarche de certification prévoit qu'un audit doit avoir été réalisé avant la venue des agents certificateurs. Pour préparer cette échéance, le RAQ organise un audit à blanc. Pour ce faire, il a recours aux compétences des auditeurs internes que l'établissement a formé dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

3.3.15 – La réalisation de l'audit

L'audit est réalisé par des personnes extérieures à l'établissement. Il permet de confronter une dernière fois les procédures aux exigences fixées par la norme, avant que les agents certificateurs ne se présentent dans le service.

Le rapport d'audit permet de déceler les écarts. Un exemple, tiré de l'audit réalisé en août 2002 permet d'illustrer la démarche et d'en comprendre le mécanisme, au regard des objectifs poursuivis. Cet exemple est caractéristique du contenu du rapport et il montre que le service est quasiment prêt à la certification trois mois avant l'échéance.

Le chapitre 7.6 de la norme traite de la maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure. L'audit révèle que « il n'y a pas d'enregistrement disponible concernant les activités de vérification des balances, nacelles et sonde PH du tunnel » et que « les activités mentionnées « étalonnage » ne font pas référence à des étalons nationaux [cette tâche est prise en charge les prestataires externes chargés de la maintenance] ». A cette remarque, le

service répond que les équipements cités n'ont pas une incidence directe sur la qualité du produit. L'étalonnage est en conséquence inutile. En revanche, la vérification s'impose. La correction proposée consiste à supprimer la référence à l'étalonnage dans les documents et l'action corrective à créer une fiche d'enregistrement des vérifications externes. Ainsi, cet écart de détail trouve une double solution, en accord avec la démarche de certification.

3.3.16 – La visite des agents certificateurs

Il s'agit de l'avant dernière étape. Elle doit avoir lieu en novembre 2002, soit 26 mois après le lancement de la démarche.

3.3.17 – La certification

Il s'agit de l'ultime étape du projet, celle au terme de laquelle le service est susceptible d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé au début de la démarche. La réalisation de cette étape clôt le projet. Elle n'est toutefois qu'une marche sur la chemin de la qualité. En effet, la certification démontre la capacité du service, à un moment donné, à gérer son activité en suivant des critères de qualité. La pérenité de cette dynamique n'est malgré tout pas prouvée. C'est pourquoi le service doit s'attacher à maintenir le niveau atteint, à faire vivre la dynamique de management de la qualité et à améliorer encore plus la qualité de sa prestation.

La certification constitue l'objectif principal du projet. S'il est atteint, on pourra considérer à juste titre que le service a mené son projet avec succès. Cela ne signifie pas pour autant que les autres objectifs de l'intervention sont également atteints. Il convient de rappeler que l'établissement poursuit un objectif de diffusion de la culture qualité et que la certification de l'unité ne constitue qu'une brique de l'édifice qualité. Avant d'analyser les conséquences de la démarche au regard des objectifs poursuivis, nous allons nous pencher sur les obstacles rencontrés et sur les risques auxquels le service a été confronté.

4) – L'ANALYSE DES RISQUES ET LA DESCRIPTION DES OBSTACLES

Tout projet comporte des risques susceptibles de nuire à son bon déroulement ou de remettre en cause son existence. Il convient de bien les identifier afin de prévenir et d'éviter leur survenue. La définition préalable des risques est un exercice indispensable. Il s'agit de déceler les points à risque, de les situer dans le cours du déroulement du projet, d'en analyser les caractéristiques, d'en prévoir les conséquences, d'en mesurer la gravité et de mettre en place des actions en vue de les éviter ou de les maîtriser.

Dans le projet qui nous concerne, cet exercice n'a pas été mené de façon exhaustive au moment du lancement du projet. Les obstacles sont apparus au cours du déroulement de la démarche et les responsables du projet ont été contraints de les gérer « au fil de l'eau ». Cela n'a pas toujours permis de donner une réponse claire et efficace à la problématique. Malgré tout, les obstacles ont été, soit levés, soit gérés et l'objectif de la certification est véritablement crédible.

Le projet de certification de la blanchisserie de l'hôpital comporte les risques qui sont présentés ci-dessous. Ils peuvent être classés en trois grandes catégories : 1) les risques liés au management du projet ; 2) les risques liés à l'histoire et à la configuration du service ; 3) les risques liés à la relation client/fournisseur.

4.1 – Les risques liés au management du projet

4.1.1 – Faiblesse de l'engagement de la direction.

Il semble paradoxal de faire figurer la « faiblesse de l'engagement de la direction » parmi les risques encourus par un projet qui a été lancé par la direction elle-même. Il s'agit toutefois d'un risque avéré, comme l'a montré l'expérience. En effet, l'existence d'un engagement de la direction, fort, clair, précis sur les objectifs et les moyens, annoncé et maintenu est une condition essentielle de la réussite du projet. L'engagement doit être celui du Directeur, mais également celui de ses adjoints immédiats qui détiennent le pouvoir de décider dans leurs domaines de compétences.

Pour que l'engagement soit clair, il doit porter sur les objectifs poursuivis. Ceux-ci doivent donc être évidents aux yeux et à l'esprit de tous les décideurs. Leur formalisation s'impose et détermine leur appropriation par tous. Certes, le service poursuit un objectif de certification. Toutefois, au niveau stratégique, la direction cherche à ajouter un élément au système qualité de l'établissement. Elle souhaite également que l'expérience de la blanchisserie fasse « tâche d'huile » et serve d'exemple aux autres services, même si ceux-ci ne visent pas la certification. Enfin, la direction veut pouvoir positionner le service sur le marché local de la blanchisserie, afin d'être en mesure d'offrir une prestation de qualité et d'être concurrentiel. Ce dernier objectif poursuit un but financier, puisqu'il s'agit d'augmenter la capacité d'autofinancement de l'établissement par l'apport de recettes nouvelles.

Pour que l'engagement soit solide, il doit également porter sur les moyens alloués au projet (personnel, matériel, temps, travaux, etc.). La détermination des conditions d'exécution du projet doit en conséquence être suffisamment pertinente pour que l'attribution des moyens soit suffisante. Ce travail nécessite une coopération sincère entre les directions. Il convient par ailleurs de bien poser l'engagement au niveau opérationnel. Il doit porter sur les moyens tels qu'ils seront réellement alloués. Un travail prospectif précis s'impose donc et la valorisation des conclusions que la direction pourra en tirer détermine la faisabilité du projet et la fixation des délais.

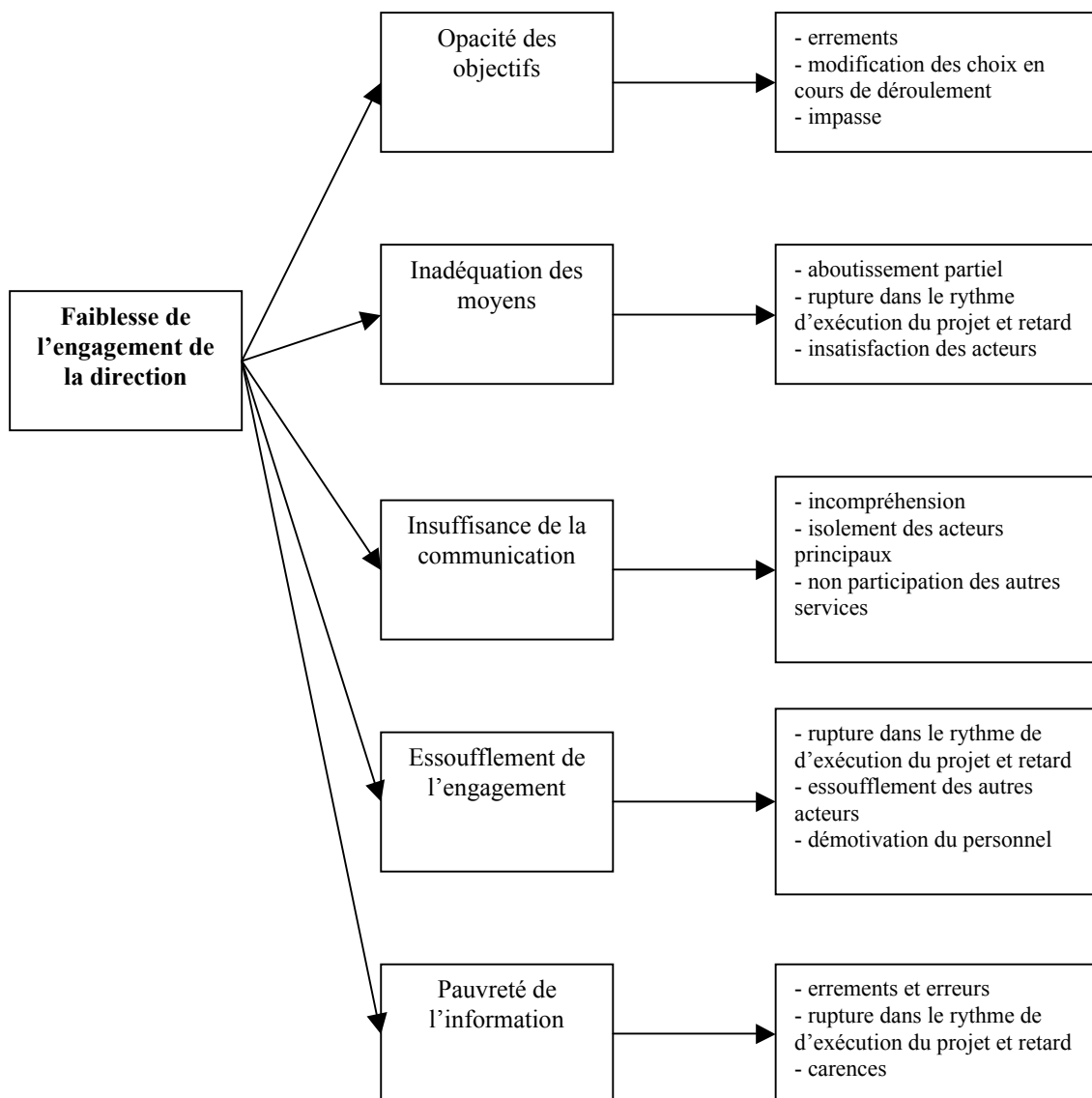
Pour que l'engagement soit fort, il doit aussi être annoncé. Cette annonce doit être menée tant au niveau du service qu'à celui de l'institution toute entière. La manière de le faire n'est toutefois pas la même. On attend des agents du service qu'ils s'investissent totalement dans le projet. Il convient donc de mener à leur intention une action de communication à vocation pédagogique, accompagnée d'un volet formation. Les agents doivent percevoir clairement qu'ils seront accompagnés par la direction tout au long de la démarche et que les efforts qu'ils entreprennent sont reconnus et encouragés. Les autres professionnels de l'établissement sont, quant à eux, simplement informés de l'intervention et de sa raison d'être et sont tenus au courant de son déroulement. La direction doit profiter de ce projet pour montrer qu'elle soutient tous les efforts entrepris dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et qu'elle tient ses engagements.

Pour que l'engagement soit collectif il doit être nourri. En effet, les principaux acteurs doivent recevoir, pendant le déroulement du projet, toutes les informations qui leur sont nécessaires pour pouvoir s'y positionner correctement et prendre les décisions qui s'imposent. La gestion de l'information au plus haut niveau conditionne la pérennité de l'engagement et l'efficacité des interventions.

Pour que l'engagement soit crédible il doit être soutenu tout au long du déroulement de la démarche. Dans le cas contraire d'un affaiblissement de l'engagement, l'institution court le risque de voir le projet s'essouffler. Soutenir son engagement consiste à le maintenir à un niveau élevé et dynamique, mais également à assumer ce sur quoi on s'est engagé à chacune des étapes où cela s'avère nécessaire.

Tous ces risques sont connus, mais l'histoire hospitalière publique française a montré de nombreuses fois que leur dimension n'a pas toujours été prise correctement en considération. Les causes de tels manquements sont multiples. Elles tiennent à l'histoire et au mode de fonctionnement des établissements de santé. La culture de gestion de projet, par définition transversale, n'est pas encore ancrée dans les pratiques de management. Les hôpitaux fonctionnent encore suivant des modèles cloisonnés et fortement hiérarchisés. Les enjeux de pouvoir et les errements que cela induit sont indéniables, surtout s'il s'y greffe des problèmes liés à la personnalité des acteurs, problèmes sous-tendus par le mode de gestion des carrières et les conditions de constitution des équipes.

Le schéma ci-dessous détaille la relation cause / effet pour chacun des éléments constitutifs du risque étudié :



L'engagement de la direction dans le projet de certification de la blanchisserie a été clair au moment du lancement de la démarche. La direction est à l'origine du projet et elle apporté les moyens de la mener avec succès. A ce titre, le recrutement d'un agent dédié est exemplaire. Toutefois, la clarté n'a porté que sur certains des aspects du projet. D'autres points sont restés flous. Ainsi, la détermination des moyens n'a pas été réalisée en amont et il a fallu négocier en cours de route, tant sur les travaux que sur les ressources humaines. Les réunions du comité de pilotage ont servi de cadre à ces tractations. En conséquence,

cette instance n'a plus joué son rôle et bien souvent les conclusions de ses réunions se sont avérées partielles ou tronquées. Le directeur des services économiques et le RAQ ont été contraints de mettre en œuvre des stratégies de contournement et de mener campagne individuellement avec chacun des directeurs concernés. Cette méthode a généré des pertes de temps et explique en grande partie le glissement du calendrier.

Malgré cela, on peut considérer que l'engagement de la direction a été réel. En effet, l'expression de cet engagement s'est déplacé du directeur et, au sens large, de son équipe, vers celui à qui il avait délégué la maîtrise d'ouvrage, c'est à dire le directeur des services économiques. Ce dernier a été soutenu dans son travail par le directeur chargé de la qualité, dont le recrutement a été effectif à la fin du premier semestre 2001. Dans la réalité, le directeur des services économiques a quitté son poste pour prendre les fonctions de directeur de la qualité. Son successeur a repris le flambeau et a fait preuve d'un engagement identique. Le directeur des services économiques a accompagné le RAQ pendant toute la démarche. Il a participé à de nombreuses réunions avec le personnel et les agents des autres services, montrant ainsi la détermination de la direction à faire aboutir le projet. Cet investissement s'est toutefois trouvé bridé par les carences décisionnelles. En effet, le directeur des services économiques ne pouvait décider que dans le champ de son domaine de compétences. Les décisions à prendre dans les autres domaines devaient être prises par ses collègues. Elles furent donc le fruit des négociations dont il est fait état plus haut.

4.1.2 – Capacité du Responsable Assurance Qualité (RAQ).

Le RAQ est chargé de gérer le projet. Il a été recruté et missionné à cet effet. De la qualité de son recrutement et de ses compétences dépend en grande partie la réussite du projet. C'est sur lui que repose l'essentiel de la dynamique. Il doit être efficace, fédérateur, convainquant et mobilisateur. Il doit avoir une capacité d'adaptation qui lui permette d'apporter une réponse à tous les problèmes qui sont susceptibles de survenir.

La procédure de recrutement doit donc être rigoureuse et bien préparée. Pour cela, il convient au préalable de bien rappeler les objectifs poursuivis et de formaliser clairement les missions qui incombent au RAQ. La fiche de poste et de fonctions doit être la plus complète possible. Elle sert de base au contrat qui est passé entre l'agent recruté et l'institution. Le RAQ s'engage sur des objectifs clairement identifiés et évaluables.

Les causes d'erreurs en matière de recrutement peuvent avoir plusieurs sources. D'une part, les recruteurs hospitaliers n'ont pas toujours les connaissances nécessaires pour asseoir leur choix sur des critères objectifs et pertinents. Encore une fois, la procédure peut pêcher faute de baigner dans une culture de gestion de projet solidement ancrée. D'autre part, le statut de la fonction publique hospitalière interdit le recours à des agents contractuels pour pourvoir des postes qui correspondent à des grades dont il prévoit l'existence. Cette disposition oblige les établissements à puiser dans le vivier hospitalier, avec le risque d'introduire dans l'organisation un agent qui n'a connu que la seule culture qui y existe et que l'on vient de dénoncer. Le recours au concours ne permet pas toujours, quant à lui, de choisir librement le candidat à retenir.

Les effets d'une erreur de recrutement peuvent être dévastateurs et nuire à la bonne exécution du projet.

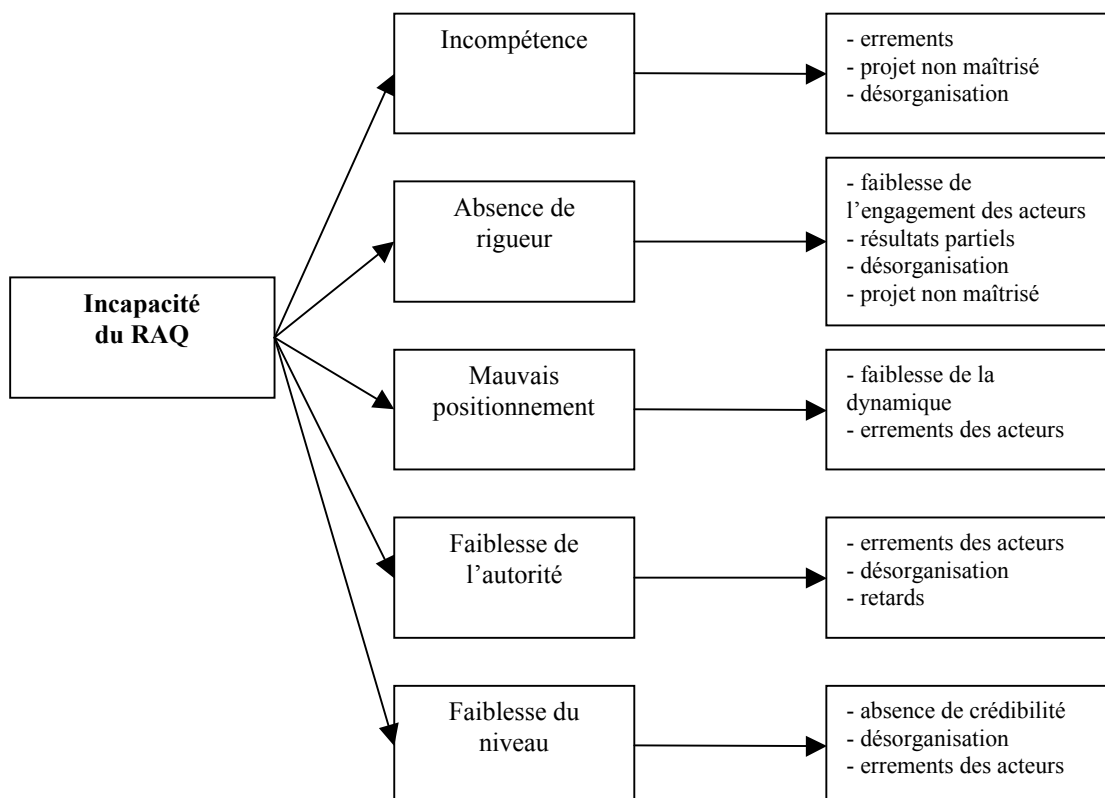
Pour pallier les problèmes liés à un recrutement interne à la fonction publique hospitalière, il est malgré tout possible de recourir à une forme de gérance privée. Par convention, l'établissement demande à une société extérieure de mener le projet. Il s'agit d'une mission ponctuelle. Elle a l'inconvénient d'être onéreuse. Par ailleurs, le gérant se retire une fois la mission terminée. Or, la certification est une dynamique, même si elle se concrétise par une

étape. Enfin, rien ne garantit qu'un gérant externe, sur lequel l'établissement ne détient pas de pouvoir hiérarchique, arrivera mieux qu'un agent hospitalier de bon niveau.

En l'espèce, l'établissement a choisi une solution intermédiaire. Il a recruté un agent hospitalier, technicien de formation initiale et de pratique professionnelle. Mais cet agent n'était pas originaire de l'établissement. Ainsi, il a pu avoir un regard neuf sur le service et sur l'institution dans son entier. Par ailleurs, la direction a choisi de faire accompagner la démarche par une société de conseils afin de guider les pas du RAQ nouvellement nommé.

Toutefois, l'établissement a buté sur un problème qu'il aurait pu éviter. En effet, le RAQ a été recruté alors que l'ancien contremaître était en place. Il a reçu mission de gérer le projet de certification pendant que le contremaître assurait la gestion du quotidien de l'activité du service. Il est vrai qu'au début cette configuration a posé des soucis et que les relations entre les deux agents n'ont pas été toujours apaisées. Malgré tout, le départ en retraite prochain du contremaître, allié au soutien inconditionnel du RAQ par le directeur des services économiques, a largement facilité les choses. Lorsque le contremaître a quitté l'établissement, dans le courant de l'année 2001, il a été question de le remplacer. Cela paraissait logique car la mission du RAQ était suffisamment lourde pour l'occuper à plein temps, du moins jusqu'à la certification. Or, pour des raisons budgétaires, qui n'ont été évoquées que lorsque le moment de prendre la décision est arrivé, le contremaître n'a pas été remplacé. Il a été demandé au RAQ de prendre en charge la gestion de l'activité du service en même temps que celle du projet dont il avait la responsabilité. Cette ambiguïté n'a pas facilité la tâche du RAQ, même si le fait de baigner quotidiennement dans l'activité du service lui a permis parfois de mieux prendre la mesure des problèmes qu'il devait traiter dans le cadre de la préparation à la certification.

Comme dans le chapitre précédent, le schéma ci-dessous détaille la relation cause / effet pour chacun des éléments constitutifs du risque étudié :



4.1.3 – Capacité de la société de conseils.

Le recours à une société de conseils aurait pu être évité, dans la mesure où l'institution a pris la décision de recruter un RAQ spécialement affecté à la gestion du projet. Toutefois, la direction a choisi de sécuriser l'édifice en créant le couple RAQ / société de conseils. Le premier est opérationnel et gère le projet sur le terrain. La seconde l'assiste en lui prodiguant tous les conseils méthodologiques nécessaires. En faisant ce choix, la direction a prévenu en partie le risque étudié dans le chapitre précédent. La solidité du couple repose sur la capacité de ses deux composantes. C'est pourquoi le choix de la société de conseils devait être pertinent. La détermination claire des objectifs apparaît encore une fois comme une condition essentielle à la réalisation efficace de la démarche. Faute de bien énoncer les objectifs, l'établissement court le risque de sélectionner une société aux capacités inadaptées au projet.

Le risque qui concerne la capacité de la société de conseils existe. Il doit être géré par la mise en œuvre d'une procédure de sélection rigoureuse. La société retenue doit, de préférence, avoir fait ses preuves dans le domaine concerné. Elle doit posséder de solides références, attestées par les professionnels qui ont déjà travaillé avec elle. Elle doit s'engager sur la démarche et, entre autre, bien poser au préalable les conditions et les modalités de ses interventions. De son côté, l'établissement doit être clair sur la mission qu'il souhaite lui confier.

Malgré cela, le risque encouru, s'il advient, peut être plus facilement géré par l'hôpital. Cela n'est pas le cas pour les deux risques cités précédemment. En ce qui les concerne, la carence remet en cause l'existence même du projet. Alors que pour pallier celle de la société de conseils, il est possible de recadrer le contrat, de le remettre en cause et de trouver ailleurs, en peu de temps, l'aide qui fait défaut.

En l'espèce, la direction a choisi d'avoir recours à une société qui travaillait déjà dans l'établissement sur un autre projet de certification, celui de la stérilisation centrale. La question se pose de savoir si ce choix a été pertinent. Certes, la dite société avait accompagné d'autres établissements dans des démarches identiques. Elle a, par ailleurs, répondu à toutes les dispositions du cahier des charges. Toutefois, le choix s'est porté sur elle également en raison du fait que la direction espérait qu'en étant missionnée sur deux dossiers, la société s'investirait d'autant plus dans l'établissement. La réfaction de tarif potentielle que cela pouvait induire n'a pas été non plus étrangère au choix. Toutefois, cette double raison ne peut pas justifier objectivement et à elle seule le choix qui a été fait.

4.1.4 – Exhaustivité de l'identification des besoins et des moyens.

Nous avons vu qu'un engagement de la direction clair et fort s'avérait nécessaire en amont du lancement du projet. Cet engagement doit porter, d'une part, sur des objectifs et, d'autre part, sur les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Or, une mauvaise prévision en matière de moyens risque de nuire à la bonne exécution du projet. En effet, le projet de certification n'est pas le seul que l'hôpital mène pendant la même période. Par ailleurs, ses ressources financières sont limitées. Il doit donc bien prévoir et planifier l'allocation des moyens tout au long du déroulement prévisionnel du projet.

Parmi les moyens projetés, certains sont clairement identifiables. D'autres, en revanche, sont plus difficilement décelables, mais revêtent un intérêt majeur pour la réussite du projet. C'est pourquoi l'étude préalable doit être menée avec toute l'exhaustivité et la pertinence requises. Encore une fois, la coopération de tous les décideurs, leur engagement à adhérer au projet et la volonté commune et soutenue d'aboutir s'imposent.

Bien évidemment le financement ne suffit pas. Prévoir des enveloppes autorise simplement l'action. C'est pourquoi il convient d'engager, en amont du lancement du projet, un travail d'identification des moyens qui permette tout à la fois de bien cerner les besoins financiers et d'être opérationnel le moment venu.

Malgré la pertinence des études préalables, des besoins nouveaux peuvent s'avérer nécessaire en cours de déroulement du projet. Le service peut être confronté à des imprévus comme un nombre élevé d'arrêts maladie sur une même période ou la découverte de vices cachés dans le bâtiment renchérissant, d'autant les opérations de travaux projetées. Dans ces cas, il convient de traiter le problème en lui consacrant le caractère exceptionnel qu'il détient. Des choix stratégiques doivent être pris au niveau de l'institution, en vue de garantir sa bonne exécution, en plus de ce qui était prévu pour la gestion du projet.

Dans la réalité, cette étape n'a pas été menée avec toute la rigueur et la prospective requises. En effet, les besoins n'étaient pas connus au moment du lancement de la démarche. Certes, la situation du service était notoire. Mais, l'absence d'analyse sur les processus et la faible maîtrise de l'activité ont rendu la mesure des besoins difficile. Quand à la définition des moyens, elle n'a été réalisée qu'au fur et à mesure du déroulement de la démarche. Seule la pugnacité et le volontarisme du RAQ et du directeur des services économiques ont permis de lier besoins et moyens et de rendre ce lien opérationnel.

4.1.5 – Non disponibilité du financement.

Lorsque le travail de préparation est bien fait en amont du lancement du projet, des enveloppes financières sont prévues pour l'attribution des moyens qui lui sont nécessaires et aucun problème financier n'est susceptible de surgir en cours de déroulement de l'opération. Cette hypothèse idéale ne s'avère pas toujours juste. En effet, les établissements hospitaliers vivent, depuis le milieu des années 1990, une situation de restriction budgétaire importante. Chaque année, des crédits leur sont retirés. C'est du moins le cas pour les établissements de l'Île de France.

Le projet de certification entre dans le cadre budgétaire à partir du moment où il a été réfléchi et décidé. Toutefois, des problèmes qui n'ont pas de rapport avec le projet peuvent surgir et nécessiter la mobilisation en cours d'exercice de crédits importants. Comme le volume global du budget n'est pas extensible, la direction doit faire des choix et hiérarchiser les actions. La crise de la légionellose, qui a touché de nombreux établissements, peut servir d'exemple. En effet, confrontés à ce problème majeur qu'il convenait de gérer dans l'urgence en raison des risques qu'il faisait courir aux patients, les établissements ont été contraints d'engager des sommes très importantes sans que cela ait été prévu au budget. Il leur a donc fallu retarder l'exécution d'autres actions en cours. Certes, le projet de certification a son importance, mais sa confrontation avec d'autres priorités ne joue pas toujours en sa faveur.

Comme pour la survenue de problèmes techniques ou humains imprévus, évoquée dans le chapitre précédent, la gestion des problèmes financiers doit être menée en tenant compte du caractère exceptionnel des circonstances dans lesquelles il apparaît. Ces problèmes peuvent avoir des effets sur le déroulement du calendrier. C'est du moins le premier impact de la crise. Un tel effet peut également entraîner des turbulences secondaires tout aussi dommageables, comme l'essoufflement des acteurs.

Ici, la crise de la légionellose n'est pas citée de manière anodine. L'établissement a réellement été confronté à un problème qu'il a su gérer, mais dont les conséquences ont été importantes. Certains projets, dont celui de la certification, en ont subi les effets. Des crédits, originellement affectés au projet, ont servi à pallier les problèmes de sécurité rencontrés lors de la crise. D'autre part, certains acteurs qui devaient travailler sur le projet n'ont pu le faire

parce qu'ils étaient mobilisés pour la gestion de la crise. Ce fut le cas des cadres et des agents des services techniques.

4.1.6 – Inadaptation de l'information et de la communication.

Un projet tel que celui qui est présenté ici revêt une importance institutionnelle indéniable. Cette dimension se déduit par ailleurs de certains des objectifs principaux poursuivis par la direction : exemplarité de l'intervention et positionnement du service sur le marché de la prestation en blanchisserie. Pour cette raison, la communication est un volet essentiel du projet. Il doit être mené avec intelligence et en fonction d'objectifs opérationnels précis.

La communication sur le projet s'échelonne sur plusieurs niveaux. Il y a tout d'abord la communication interne qui permet aux acteurs principaux de se sentir parties du projet. Leur implication dépend en partie de la réussite des opérations de communication et d'information menées à leur intention. Il y a ensuite la communication à destination des utilisateurs. On attend d'eux qu'ils participent à leur niveau à l'exécution du projet et qu'ils inscrivent leurs actions dans le cadre des exigences posées par la certification. Il y a également les autres professionnels de l'établissement qu'il convient de ne pas « laisser sur le bord du chemin », tant la démarche de certification s'inscrit dans une dynamique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité qui dépasse les « murs » de la seule fonction linge. Il y enfin la communication avec l'extérieur. Il s'agit d'une cible tout aussi essentielle que les autres, car l'image de l'établissement, en tant que porteur d'une démarche qualité volontariste qui aboutit, conforte son positionnement local.

Dans la même veine, l'inadaptation de l'information peut nuire au bon déroulement du projet. En effet, il convient de veiller à ce que tous les acteurs détiennent, au moment où ils en ont besoin, les informations qui leur sont nécessaires pour décider ou pour exécuter.

Les effets de telles causes sont multiples : désengagement des acteurs faute de savoir, errements et erreurs dans le déroulement de la démarche, atteinte partielle des objectifs, émergence de poches de résistances ou de passivité, dépassement des délais, etc.

Pour pallier ces problèmes, il convient d'élaborer, en amont du lancement du projet, un plan de communication et d'information qui tienne compte tout à la fois des objectifs opérationnels poursuivis et des contraintes. Il doit prévoir les cibles, les périmètres d'information qui leur sont attribués, les outils et les vecteurs, les moyens de diffusion, les crédits affectés à cette fonction et les moyens d'évaluer l'impact des actions et de corriger les éventuels écarts avec les objectifs.

En l'espèce, malgré l'absence de plan de communication globale, on peut dire que ce volet a été assez bien géré. Il est vrai qu'il est moins engageant que d'autres et que la communication, via les vecteurs qu'elle utilise pour se répandre, est génératrice de satisfactions.

4.1.7 – Dépassement des délais

Nous avons vu que le dépassement ou le non respect des délais peut être l'effet de causes multiples comme l'assèchement du financement ou la survenue d'événements imprévus. Le dépassement des délais s'apparente plus à la conséquence d'un risque qu'à un risque. Toutefois, il convient également de le prendre en compte dans le cadre de l'étude des risques dans la mesure où lui-même peut être à l'origine d'autres effets susceptibles de remettre le projet en cause.

Le dépassement des délais est susceptible d'induire un essoufflement des équipes et une démotivation des acteurs. Un projet de certification requiert un investissement fort de la part

des professionnels qui y sont parties prenantes. Cet investissement doit donner des résultats. Les délais initiaux sont connus et crédibles. Les agents s'attendent à ce qu'ils soient tenus. Le cas contraire serait vécu comme un désengagement de la direction et générerait de la démotivation.

Certes, il convient de donner à ce risque la place qu'il mérite. En effet, un dépassement minimum de quelques semaines, s'il est correctement géré et expliqué, ne nuit en aucun cas. Un étirement non expliqué serait plus grave. Un autre service de l'établissement, la stérilisation, qui s'est également engagé dans une démarche de certification, a vécu une telle situation. Les délais ont été doublés et la perspective de la certification est à présent beaucoup moins certaine.

Pour gérer le problème du dépassement des délais, il convient de rester toujours dans la maîtrise des étapes et de communiquer suffisamment pour que le retard n'apparaissent pas comme un désengagement.

Dans notre cas, le dépassement des délais a été important. En effet, les délais fixés initialement ont été dépassés de 6 mois. Pourtant, on peut considérer qu'ils étaient réalistes. Malgré cela, le dépassement des délais n'a pas eu de conséquences dommageables. Il n'a pas généré d'essoufflement des équipes qui sont restées mobilisées et sont à présent prêtes à affronter l'échéance de la certification. Ce qui importe, c'est de bien analyser les causes de ce dépassement. Elles sont multiples, mais la principale réside dans l'impréparation de l'institution et dans les retards pris pour les décisions essentielles à la poursuite de la démarche. Ensuite viennent les retards dus à l'indisponibilité des acteurs externes. Par exemple, des travaux de réaménagement internes s'avéraient nécessaires. Leur réalisation conditionnait la poursuite de la démarche et, principalement, la finalisation et la mise en œuvre des procédures. Ils n'ont pas été réalisés dans les délais fixés car les équipes chargées de le faire étaient mobilisées sur un autre chantier dont la prise en charge revêtait un caractère prioritaire. D'autres retards, en revanche, ont été moins pénalisant car ils ne conditionnaient pas la poursuite de la dynamique.

4.2 – Risques liés à l'histoire et à la configuration du service

4.2.1 – Résistance du cadre.

Au moment du choix du projet, le service de la blanchisserie était placé sous la responsabilité d'un contremaître. Cet agent, qui a effectué toute sa carrière au sein de l'institution, gravissant un à un les échelons qui l'ont mené à la place qu'il occupe, n'a pas été retenu par la direction pour assurer la gestion du projet. Il est toutefois maintenu à son poste, sans qu'il n'existe de lien hiérarchique entre le RAQ et lui. Les deux agents, le RAQ et le contremaître, sont placés sous la responsabilité du directeur des services économiques.

Il est certain que la nomination d'un RAQ à la tête d'un projet qui concerne essentiellement le service placé sous la responsabilité du contremaître, est susceptible d'être mal vécue par ce dernier. Le RAQ doit obligatoirement prendre des décisions qui relèvent de son champ de compétences. Certes, les choses ont été clarifiées avant même que le recrutement ne soit effectif. Mais, la démarche de certification est une priorité et les conflits potentiels seront dans tous les cas tranchés dans le sens de la démarche. Le contremaître sait cela. Mais il regrette particulièrement le fait que cette affaire constitue, selon lui, une non reconnaissance du travail qu'il a réalisé dans le service.

La résistance ou la passivité du contremaître peut avoir des conséquences graves sur le déroulement du projet. Ainsi, le RAQ prend son poste dans un service où les liens entre les agents préexistent de longue date. Les relations sont figées en fonction des intérêts de chacun, des personnalités et de l'histoire de l'unité. Il lui appartient de réorganiser le service

en vue des objectifs de la certification. Il doit donc chercher l'adhésion de tous. La passivité ou le non investissement du cadre peut brider cette dynamique et faciliter l'éclosion de poches de résistance plus étendues.

Il convient donc de veiller à ce que le contremaître ne mette pas en place une stratégie de résistance en raison de l'aigreur qu'il ressent ou, plus simplement, du sentiment d'être écarté du projet qu'il peut nourrir. Pour ce faire, il apparaît souhaitable d'accompagner le contremaître au niveau de la direction en tentant de déceler les glissements potentiels avant qu'ils ne se cristallisent. La personnalité du RAQ joue également un rôle non négligeable. Cette dimension doit figurer parmi les critères qui sont retenus pour juger les candidats. Enfin, il semble indispensable de bien fixer les champs de compétences avant même le commencement du projet et d'associer les deux agents à toutes les décisions qui sont prises. La reconnaissance est une des clefs du problème. Le cadre prend sa retraite moins d'un an après le début du projet. Cette période doit être correctement gérée, dans un esprit de coopération et sans jamais perdre de vue les objectifs qui sont poursuivis par l'institution.

Ce risque a été difficilement géré, même si les précautions qui sont citées ci-dessus ont été effectivement prises. Les relations entre le cadre et le RAQ sont restées polies mais n'ont pas été paisibles, tant l'aigreur du premier était importante et tangible. Il n'y a pourtant pas eu de « sabotage » à proprement parler. En revanche, de nombreuses applications ont dû être négociées et il a fallu souvent contrer un défétisme exprimé sous forme de : « on a pas le temps », « on a toujours fait comme ça », « on a pas les effectifs », etc.

4.2.2 – Résistance du personnel.

La résistance du personnel du service constitue un obstacle important qu'il convient d'éviter tout au long de l'intervention. Toute démarche novatrice suscite des hésitations et, bien souvent, un rejet a priori. La résistance au changement est une constante des organisations. En l'espèce, nous évoluons dans un milieu particulièrement conservateur et le projet, par les bouleversements qu'il va générer, risque de se heurter à des barrières considérables. C'est pourquoi cette dimension doit être prise en compte avant même le lancement du projet. Un travail de présentation de la démarche aux acteurs doit être entrepris suffisamment tôt. Le profil de recrutement du RAQ doit intégrer la capacité à prévenir et gérer ce problème. Les agents du service doivent être accompagnés tout au long de la démarche et leurs efforts doivent être reconnus de telle sorte que cela génère un effet d'entraînement et renforce l'adhésion. Comme dans toute démarche qualité, les effets positifs pour le service apparaîtront plus tard et la première période est une étape de bouleversements et d'efforts. L'accompagnement doit être tout à la fois individuel et collectif. Pour le soutenir, il faut, bien entendu, que les moyens sur l'attribution desquels la direction s'est engagée soit mis en œuvre. Le projet, au niveau des agents, est un contrat et chacune des parties doit jouer son rôle. Mais la défaillance de l'un entraîne celle de l'autre.

La résistance du personnel est la cause d'effets dévastateurs : étalement des délais, mauvaise application des procédures, suivi partiel des indicateurs, faiblesse de la participation aux réunions de travail, atmosphère tendue, détérioration des conditions de travail, etc.

Bien évidemment, au-delà des outils et des méthodes de gestion du problème de la résistance des agents, il convient de poser la question du professionnalisme. Certes, il faut convaincre les agents et les faire adhérer. Toutefois, il appartient aussi aux acteurs de suivre les consignes qui sont données pour l'exécution des tâches, sauf à courir le risque d'être fautif de carence professionnelle. Le RAQ et le contremaître du service doivent pouvoir doser leurs actions en fonction de cette exigence, en utilisant tout autant les outils pédagogiques et la persuasion, qu'en imposant les règles qui sont fixées.

En l'espèce, et ce fut l'une des clefs de réussite du projet, la résistance du personnel a été assez faible et, a contrario, l'adhésion de la majorité d'entre eux a été acquise dès le début de l'intervention, à partir du moment où les agents ont mesuré l'enjeu qu'elle représentait. Par ailleurs, outrepassant les résistances du cadre, le RAQ et le directeur des services économiques ont réussi en grande partie à aménager les effectifs afin de constituer à terme une équipe plus solide et plus soudée autour du projet. Certes, nous avons vu que les décisions de recrutement, à la suite des départs en retraite ou des mutations, ont été longues à prendre, lorsqu'elles n'étaient pas négatives. Malgré cela, le service a pu renouveler une partie de son personnel et certains recrutements se sont avérés bénéfiques. Il n'est pas difficile de mesurer le niveau d'adhésion du personnel. Le taux de participation aux réunions de travail est un bon indicateur. Il a été élevé et particulièrement constant. La pérennité et la fluidité de l'activité est également une donnée explicite. En effet, les heurts dans la production peuvent être occasionnés par le malaise qui règne dans les équipes. En revanche, le taux d'absentéisme est resté élevé, même après le lancement de la démarche. Cela signifie qu'il est beaucoup plus structurel que conjoncturel. Il n'est donc pas possible de le lier systématiquement, dans un sens comme dans l'autre, à l'ambiance qui régnait dans le service avant la mise en œuvre du projet, ni au projet lui-même et à la recrudescence d'efforts qu'il requiert.

4.2.3 – Les travaux supplémentaires

La blanchisserie est implantée dans un bâtiment indépendant qui abrite également la chaufferie. Ce bâtiment, sans être ancien, est d'une conception obsolète. Il est vaste et haut de plafond, mais peu cloisonné. Le matériel, quant à lui est en partie récent et en partie ancien. La réorganisation spatiale et architecturale induite par la préparation à la certification nécessite des travaux. Ceux-ci ont pu être évalués au moment du diagnostic du service que le RAQ a mené en prenant son poste. Le plan de restructuration a été présenté au comité de pilotage et à la direction qui ont pu en prendre la mesure et planifier un programme d'investissement. Toutefois, le RAQ a travaillé en grande partie seul. Il n'est pas spécialiste dans le domaine des travaux et des installations techniques. Certes, il a pu se faire aider par les sociétés de maintenance présentes sur le site. Mais cela a pu s'avérer insuffisant. La restructuration peut être plus lourde que prévu et le risque de travaux supplémentaires n'est pas exclu. Ces besoins, non prévus, peuvent engendrer des retards dans le déroulement du projet, dans la mesure où ils ne peuvent peut-être pas être financés dès leur apparition. Il s'agit d'un risque éventuel, mais potentiellement handicapant. Il aurait pu être évité si l'établissement s'était entouré de tous les conseils utiles en amont du lancement du projet.

Dans la réalité, les seuls travaux supplémentaires qui ont dû être engagés ont été de faible importance. Ils ont pu être intégrés aux opérations de travaux proprement dites.

4.3 – Les risques liés à la relation client/fournisseur

4.3.1 – Faiblesse des liens avec les services utilisateurs.

Il a été choisi de ne mener la certification que sur les processus de la blanchisserie. Toutefois, la fonction linge concerne de nombreux autres acteurs et leur participation conditionne le bon déroulement de la démarche. La qualité des liens qui unissent l'unité aux autres services constitue en conséquence une garantie de réussite.

Ces liens, quelle que soit la méthode retenue, peuvent s'avérer faibles. Les causes sont multiples. Tous les services doivent être concernés, sans exception. L'objet des outils utilisés pour formaliser les liens doit être clarifié, connu, accepté et partagé. Le dispositif doit être à la fois léger et efficace. Il doit permettre de résoudre les problèmes en douceur. Les liens doivent être pérennes. A contrario de tous ces principes, des points de faiblesse peuvent apparaître et nuire à la démarche.

Les effets de la faiblesse des liens sont multiples : application partielle des procédures, retard et dépassement des délais, non reconnaissance du travail réalisé pas les agents de la blanchisserie, etc.

Pour pallier ces carences, il convient, encore une fois, de bien réfléchir en amont aux problèmes susceptibles de survenir. La personnalité du RAQ joue certainement un grand rôle dans la stabilisation de l'édifice. Les interlocuteurs au sein des services utilisateurs doivent être choisis avec pertinence. Et surtout, l'objet des liens doit être clair et le travail qui s'y fait doit être suivi d'effets.

4.3.2 – Résistance et / ou passivité des services utilisateurs.

La réussite du projet requiert la participation des services utilisateurs. Ils doivent participer à l'identification des besoins, appliquer à leur niveau les exigences de la certification, et s'investir dans les groupes de travail qui sont créés. Ils doivent par ailleurs saisir parfaitement la philosophie de la démarche, même si, en leur sein, personne n'est réellement porteur du projet. Ils constateront les bénéfices qu'ils peuvent en tirer au fur et à mesure du déroulement de l'intervention.

Le problème essentiel réside dans le grand nombre et la diversité des services utilisateurs. Il sera difficile au RAQ d'imposer des règles communes, d'autant plus que la coopération sans arrière pensée n'est pas dans la culture hospitalière et que des enjeux de pouvoir, même faibles, peuvent nuire à l'exécution du process, surtout lorsque « l'ordre » provient d'un service logistique dont l'activité a longtemps été ignorée, voire même considérée comme moins noble que l'activité de soins.

Toutefois, ce nombre et cette diversité peuvent malgré tout jouer un rôle positif dans la mesure où les éventuels résistances sont « noyées » dans l'ensemble .

La résistance ou la passivité des utilisateurs peut générer certains problèmes qu'il appartient au RAQ de régler : surcharge de travail pour les agents de la blanchisserie, non reconnaissance de leurs efforts et de la démarche, tensions entre les services, rupture dans l'approvisionnement, etc. Les effets de ces problèmes sont prévisibles : dépassement des délais, essoufflement du personnel de la blanchisserie, application partielle des procédures, etc.

4.3.3 – Faiblesse des liens avec les prestataires extérieurs.

La faiblesse des liens avec les prestataires extérieurs est une source de problèmes. Son impact est toutefois beaucoup moins important que dans le cas des liens avec les services. Il est toujours possible d'utiliser des moyens légaux pour rappeler la base contractuelle, comme il y a toujours moyen de changer de fournisseur, même si cela génère un allongement des délais et un dépassement du calendrier initial.

5) – ANALYSE DES RESULTATS

Alors que le terme du projet approche, il est possible de dresser un bilan général et d'analyser les résultats obtenus en les comparant avec les objectifs initiaux. La pluralité des objectifs représentait une difficulté supplémentaire, toutefois atténuée par le fait que chacun de ces objectifs constituait le point de mire d'acteurs différents.

5.1 – La certification

Il paraît possible, à quelques semaines de l'échéance d'affirmer que la certification est une conclusion quasi certaine. En effet, la plupart des conditions pour qu'elle soit accordée sont réunies. Le système de management de la qualité est en place. Les principales étapes de la démarche ont été suivies. La dynamique qualité est opérationnelle. L'engagement de la direction est à présent réel en raison de sa prise en main par les deux directeurs des services économiques successifs et par le directeur de la qualité. La participation du personnel a été forte et elle se maintient. Les différentes composantes de l'organisation sont actives. Les revues de direction sont constructives et permettent tout à la fois d'analyser les données qui sont produites par le système qualité et de fixer des objectifs pour les périodes qui s'ouvrent. Les principaux risques sont maîtrisés et le service peut apporter la preuve qu'il sait corriger les glissements ou mettre en place, le cas échéant et si cela est possible, des actions correctives. Les audits ont montré que les processus sont connus et maîtrisés et que les procédures sont opérationnelles. Les enregistrements sont effectués et l'activité est évaluée.

Si la certification est presque une certitude, la pérennité de l'implantation n'en est toutefois pas garantie. Le service a su maintenir la pression malgré l'étallement des délais. Mais on sait qu'il advient souvent qu'au terme de ce genre de démarches, très engageantes, se produit un effet d'essoufflement ou une retombée des tensions, même si l'objectif poursuivi est atteint. La blanchisserie, comme toutes les structures qui sont passées par ce chemin court un risque identique. Il est presque naturel, mais il faut savoir le gérer. La personnalité du responsable de l'unité et du RAQ, qui, en l'espèce sont une même personne, est à ce titre essentielle. Il lui appartient de soutenir l'effort et de continuer à motiver ses troupes. Cette tâche est toutefois facilitée par le fait que l'organisation qui a été mise en place, même si elle peut paraître lourde, a beaucoup apporté au service. La démarche a été reconnue par l'établissement comme une réussite qui doit trouver sa concrétisation dans la certification. Le nombre de services utilisateurs qui participent aux actions et qui inscrivent leur activité dans le cadre fixé par l'unité est important.

Certes, nous avons vu que certains services résistent encore ou bien sont très passifs. Mais il s'agit toujours des mêmes services. Si l'on analyse plus finement leur configuration, on s'aperçoit que cette résistance ou cette passivité peut être expliquée par des raisons qui sont étrangères à la démarche. Ainsi, le bloc opératoire figure dans la liste des « mauvais élèves ». Ce service est très désorganisé et n'arrive pas à trouver un équilibre. Il est vrai que les tentatives de rationalisation de son activité n'ont jamais trouvé d'écho. D'une certaine façon, ce service s'est construit une réputation et fait tout pour la maintenir, comme si la marginalisation était constitutive de son identité. Le RAQ et la blanchisserie se sont heurtés à cette tendance et en ont subi les conséquences. Dans la même veine, la résistance de certains services n'a été que l'expression d'une opposition à la direction et à l'institution. Il convient de rappeler que la grande grève de 1999 a mûri au bloc opératoire et qu'elle est partie de ce service. Pour illustrer cette tendance, il suffit de se reporter aux chiffres qui sont cités plus haut et qui concernent le taux de relavage et la participation aux enquêtes de satisfaction. Les glissements sont réellement conjoncturels et sont avant tout l'expression d'une situation institutionnelle, plus que celle d'un désinvestissement dans la démarche.

D'autres services n'ont pas adhéré et continuent à rester à la traîne parcequ'ils n'ont pas de cadre à leur tête ou bien que le cadre n'a pas les capacités ou les compétences requises pour réellement encadrer un service. Nous ne citerons aucun exemple, mais cette réalité est avérée.

Enfin, la personnalité des référents linge a joué un rôle important. Les plus dynamiques et les plus tenaces ont porté leurs services au cœur de la démarche et ont permis de maintenir les efforts entrepris. Les référents ont été nommés sur la base du volontariat. Mais, il

appartenait aux cadres d'orienter le choix en incitant ceux qu'ils pensaient être les plus à même de prendre en charge cette mission. Encore une fois, le rôle des cadres a été essentiel. D'autre part, la réussite de l'implantation du réseau des référents linge réside également dans la dynamisation permanente dont a fait preuve le RAQ. C'est lui qui a fixé le profil des référents, qui est allé dans les services pour en connaître la configuration et rencontrer les acteurs, qui a su valoriser la nomination des référents, tant auprès de son personnel que de celui de tous les services de l'établissement, qui a animé les réunions et fixé des objectifs opérationnels simples et tangibles et qui a fourni les outils indispensables à la réalisation de la mission qui incombait aux référents.

La pérennité de l'implantation réside également dans la stabilité de la nouvelle équipe de la blanchisserie. Les recrutements qui ont pu avoir lieu ont apporté du sang neuf et jeune. Les plus anciens sont partis. La réorganisation en secteurs a permis de valoriser les professionnels et de leur donner une autonomie. Tous ces éléments expliquent la réussite de la démarche et conditionnent son maintien. D'autre part, le RAQ a su préparer et faire accepter un plan de formation à destination des agents du service suffisamment attractif et valorisant pour les encourager à s'investir encore plus. Certes, le service a dû ingérer, sans compensation, les journées d'absence pour formation. Mais la valeur ajoutée est indéniable.

Le RAQ a également mis en place une politique de valorisation interne des compétences des agents. Des bilans de compétences ont été réalisés. Les affectations et les responsabilités sont décidées la plupart du temps en fonction. Quant à l'implication individuelle des agents dans la démarche, elle est vivement encouragée par la responsabilisation. Par exemple, les problèmes rencontrés avec les services et qui apparaissent à travers l'analyse des relevés de satisfaction, sont traités en vue d'être corrigés par des agents désignés nominativement.

On peut donc espérer avec réalisme que la démarche va se poursuivre au delà de l'échéance de la certification, car la plupart des conditions nécessaires sont réunies. Toutefois, nous avons beaucoup insisté sur la personnalité du RAQ. Elle a joué un rôle indéniable pour soutenir le projet vers l'objectif. La question se pose de savoir si elle va permettre de maintenir le système opérationnel. En effet, la gestion d'un projet et la gestion du quotidien nécessitent des qualités parfois différentes. Le RAQ est une personne volontariste et pugnace qui sait bousculer ses troupes en vue de poursuivre l'objectif. Mais cette brusquerie et cette tenacité, si elle peuvent sembler efficaces dans le cadre d'une dynamique circonscrite et orientée vers une cible, peut s'avérer être un frein à la gestion de la continuité. Il y a des agents qui se réalisent pleinement dans l'urgence et les projets d'ampleur à court terme. Il y a en a d'autres qui assurent dans le quotidien une gestion de terrain, même très exigeante. Le cumul de ces deux capacités sur une même tête est assez rare. Il convient donc de savoir gérer ce problème, si cela s'avère en être un, et proposer au RAQ le moment venu l'orientation qui lui sied le mieux. Dans cette affaire, la direction ne poursuit qu'un seul but, celui de voir la blanchisserie maintenir son effort et pérenniser l'édifice qui a été construit.

5.2 – L'exemplarité de la démarche

L'un des objectifs poursuivis par la direction était la diffusion de la culture de management de la qualité. Les démarches qualité spécifiques, menées dans certains services devaient être exemplaires et inspirer d'autres dynamiques identiques au sein des services qui n'en avaient pas engagé. Certes, comme nous l'avons vu, les services utilisateurs, liés à la blanchisserie par des liens fonctionnels, ont intégré les exigences qui étaient préconisées par la démarche de certification. Ils ont participé à la mise en place des outils de suivi des dotations, de relevé des anomalies et de collecte des informations, tant sur la qualité du linge que sur la satisfaction des clients. Dans une certaine mesure, ils ont trouvé un intérêt à cette adhésion qui leur a facilité la tâche, même si parfois cela induisait du travail supplémentaire. Les

chiffres qui concernent la participation et la satisfaction du service sont à ce titre assez éloquents.

Toutefois, on ne peut pas dire que la démarche en elle-même a été à l'origine d'une diffusion de la culture qualité. Les services n'ont suivi la dynamique que pour ce qui concernait la fonction linge. Dans une certaine mesure, ils n'avaient guère le choix. Le linge leur est nécessaire et ils ne pouvaient pas ignorer les mécanismes mis en œuvre. Il ne s'agit donc pas d'exemplarité mais de contrainte. La force des choses a poussé les services à participer à la dynamique. Mais, ils ne l'ont fait vraiment et unanimement que lorsque la conséquence de l'activité était vitale pour leur fonctionnement propre. Lorsque leur participation était requise pour des actes qui n'apportaient pas une plus-value ou un intérêt immédiat, ils ont été plus réticents. Autant les services ont besoin de leur dotation de linge quotidienne et le personnel a besoin de ses tenues chaque jour, autant la réponse aux enquêtes de satisfaction n'apporte que peu d'intérêt opérationnel immédiat.

Dans la même veine, il était demandé aux services, dans le cadre de la procédure d'approvisionnement, de bien veiller à fermer à clef les armoires à linge avant de les renvoyer vers la blanchisserie. Cela permet d'éviter, en partie, les vols de linge pendant le trajet. Il s'agit d'une petite contrainte. Elle n'a été que partiellement suivie car les services n'ont pas perçu l'intérêt que cela représentait. En effet, à partir du moment où l'armoire est partie du service, la réalité du linge n'est plus tangible. Il s'agit par ailleurs de linge sale, donc dévalorisé aux yeux des agents. Ce qui se passe au-delà des portes des services ne les concerne plus. L'appropriation des exigences devient difficile. Cet exemple montre que les logiques de services, que l'on peut qualifier, en exagérant un peu, de « féodales », sont bien vivantes au sein des institutions hospitalières. Les démarches transversales sont difficiles à mettre en œuvre et la diffusion d'une culture institutionnelle est longue et laborieuse.

D'ailleurs, est-il judicieux de vouloir donner artificiellement une dimension institutionnelle à une démarche de service, en l'espèce la démarche de certification en blanchisserie ? Il s'agissait réellement d'une démarche interne et les seuls liens avec l'extérieur concernaient le produit lui-même. L'unité l'a d'ailleurs compris ainsi car le périmètre de l'intervention, celui qui a été pris en main, de façon volontariste mais circonscrite, par toute l'équipe s'arrêtait dans la réalité aux portes du service. De toute évidence il ne semble pas sain de faire porter à une partie de l'institution le poids d'un objectif qui dépasse largement le cadre de ses murs. S'il y a contagion, elle est minime et reste limitée aux seuls domaines concernés.

D'autre part, le fait que certains services aient pu résister ou rester passif montre bien les limites de la démarche. Ni le directeur des services économiques, ni le RAQ ne disposaient des moyens de contraindre tous les services à adhérer à la démarche. Aucune méthode coercitive n'était possible. Il fallait convaincre, et surtout convaincre les décideurs. Or, en l'espèce, cela n'a pas toujours été possible. Encore une fois, le clivage fonctionnel qui prévaut dans les établissements ne joue pas en faveur d'une telle dynamique. Pour qu'une démarche qualité se diffuse avec une certaine efficacité, il faut qu'elle regroupe un certain nombre de qualités qui n'étaient pas toutes réunies dans le cas qui nous préoccupe :

- 1) l'engagement de la direction n'a peut-être pas été assez clair au début ;
- 2) il est resté très vague sur l'objectif de diffusion de la culture qualité ;
- 3) les responsables de la démarche n'ont pas disposé des moyens qui leur auraient permis de faciliter cette diffusion ;
- 4) la démarche était trop spécialisée, même si les principes et les mécanismes du management de la qualité peuvent être transposés de service en service ;
- 5) La logique fonctionnelle et les clivages qu'elle engendre ont été trop forts et trop ancrés.

La conjoncture n'a pas été aidante. En effet, le projet a pris naissance et s'est déroulé dans un contexte difficile, principalement pour les services de soins, qui, rappelons-le, sont les clients principaux de la blanchisserie. Les difficultés de recrutement du personnel soignant ont entraîné une réduction des effectifs des services. En réponse à cela les agents ont

concentré leurs activités sur les seules techniques indispensables au maintien de l'offre de soins, au détriment de ce qu'ils considéraient comme étant un « travail supplémentaire ». Les commandes du RAQ ont été vécues comme tel.

En définitive, il apparaît que la démarche de certification en blanchisserie est restée le projet d'un service et qu'elle n'a pas réellement servi d'exemple aux autres unités. Certes, elle rajoute une brique à l'édifice qualité, mais nous sommes encore loin de la grande dynamique institutionnelle dont on rêve. De toute évidence, il ne faut pas miser sur les logiques de service pour asseoir des démarches globales. Un autre travail doit être mené au niveau de l'établissement. Il est malgré tout possible de tirer profit des enseignements apportés par la blanchisserie. Mais nous nous situons plus dans le cadre de la formation que dans celui de la diffusion par l'exemple. Car, en fin de compte, c'est aux agents eux-mêmes de prendre en main la qualité de leur activité. Il s'agit d'un réel apprentissage. Il passe nécessairement par l'expérience et l'investissement dans des domaines d'activité tangibles. L'exemple de la blanchisserie servira certainement d'illustration. Toutefois, une chose est certaine : la fonction linge s'est nettement améliorée et, dans ce domaine du moins, on peut considérer qu'un succès est remporté.

5.3 – L'ouverture vers l'extérieur

Le troisième objectif de la direction consistait à donner au service la possibilité de vendre son savoir faire à l'extérieur. Il est un peu tôt pour affirmer que cet objectif est atteint. Certes, si la certification est acquise, elle apportera un élément supplémentaire au dossier et l'établissement pourra se positionner lors des appels d'offres. Mais, la vocation première des établissements de santé consiste à offrir une couverture de soins aux habitants du bassin de vie qu'ils desservent. Le blanchissage est un métier que certains grands groupes bien implantés localement maîtrisent parfaitement. Pour répondre à des appels d'offres, il faut être prêt dans tous les domaines concernés, y compris le transport. Cela nécessite des investissements. Par ailleurs, la prise en charge de quantités de linge supplémentaires implique que l'établissement recrute du personnel en plus. Or les marchés publics sont limités dans le temps et la rigidité du fonctionnement des établissements ne permet pas, ou difficilement, de mettre en place des configurations souples et provisoires. Or, la crise budgétaire que traversent les hôpitaux les rend beaucoup plus frileux quand il s'agit d'engager des dépenses pérennes en matière de ressources humaines. Pourtant, la coopération et la mutualisation des moyens sont des solutions d'avenir. Encore faut-il avoir la volonté de les mettre en œuvre. Pour cela, il faut mener une réflexion prospective à plus long terme que celui qui clôt l'exercice budgétaire.

CONCLUSION

Le projet, sujet de la présente étude, a été mené dans l'esprit de la norme ISO 9001 et en suivant les principes du management de la qualité qu'elle pose. En ce sens, il s'agit d'un succès et tous les acteurs qui y ont participé souhaitent qu'il puisse se concrétiser par l'obtention de la certification.

Bien évidemment, il faudra maintenir la dynamique pour que les efforts entrepris trouvent leur sens au delà de l'échéance calendaire et diplômante. En fin de compte, l'amélioration de la qualité de la prestation en blanchisserie sert les clients finaux du service et de l'institution, c'est à dire les patients. C'est dans cet esprit que la démarche prend tout son sens.

Certes, les autres objectifs poursuivis par la direction n'ont été que partiellement atteints. A posteriori, cela paraît logique, tant il semble difficile de trop mêler les enjeux. La certification représente toutefois une réelle avancée pour l'établissement et il convient de la valoriser en tant que telle.

[fin]

Annexes

La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe I

Liste des services et capacité en lits et places

Service	Lits et places
Médecine interne	30
Neurologie	46
Gastro-entérologie	25
Pneumologie	25
Rhumatologie-hématologie-cancérologie	28
Cardiologie	40
Pédiatrie	32
Réanimation polyvalente	12
Chirurgie viscérale	36
Urologie	20
Chirurgie orthopédique	38
Spécialités chirurgicales (ORL-STO-OPH)	36
Chirurgie infantile	15
Chirurgie ambulatoire	11
Urgences (UTCS)*	10
Néonatalogie	16
Obstétrique	32
Gynécologie	20
Planning familial	5
Soins de suite	30
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	57
Psychiatrie adultes**	120
Psychiatrie Infanto-juvénile**	10
Psychiatrie adultes***	80
Psychiatrie infanto-juvénile***	20
Placement familial adultes	25
Placement familial enfants	15
Total	834

* Unité de Très Court Séjour

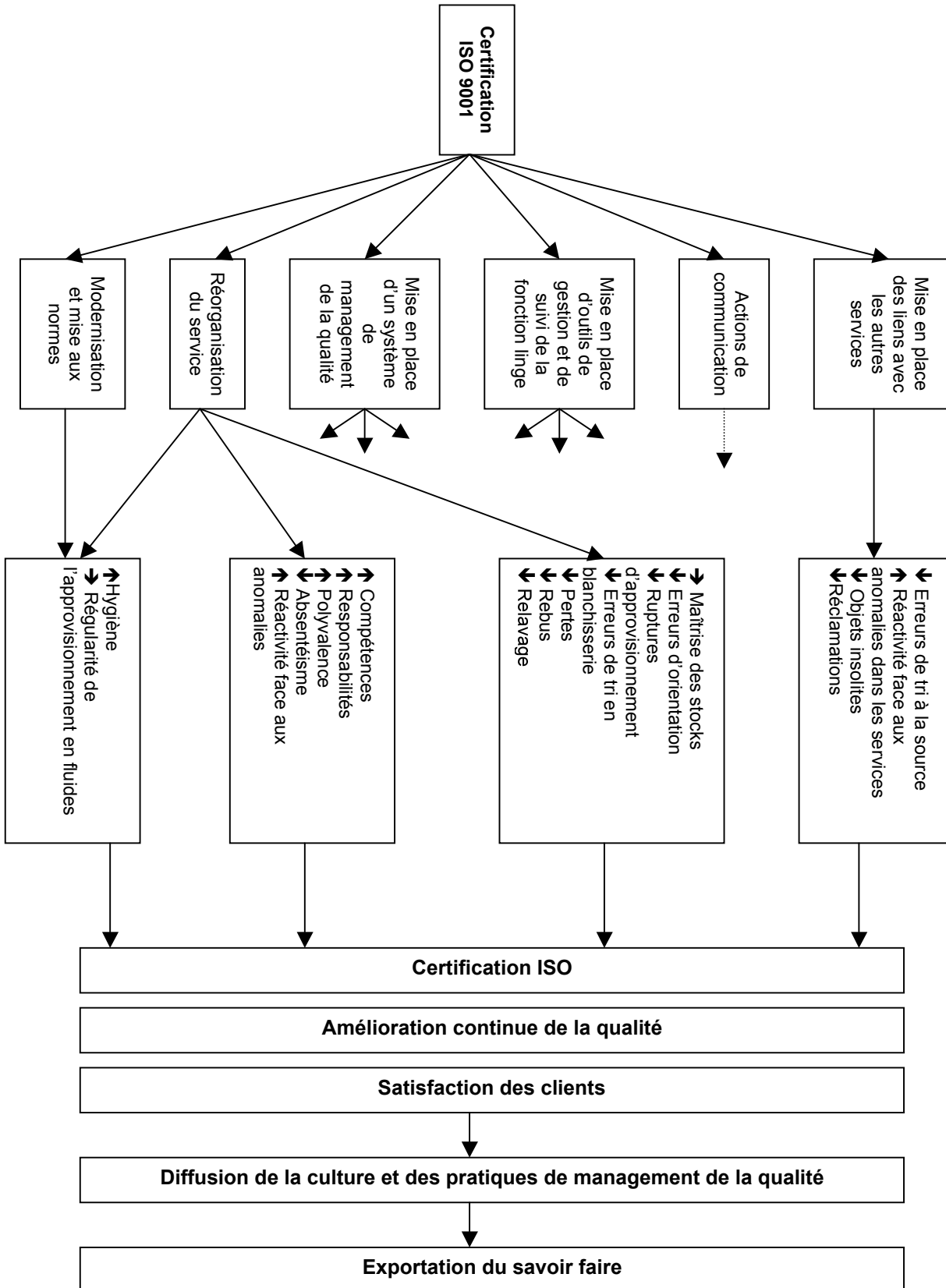
** Lits

*** Places

La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe II

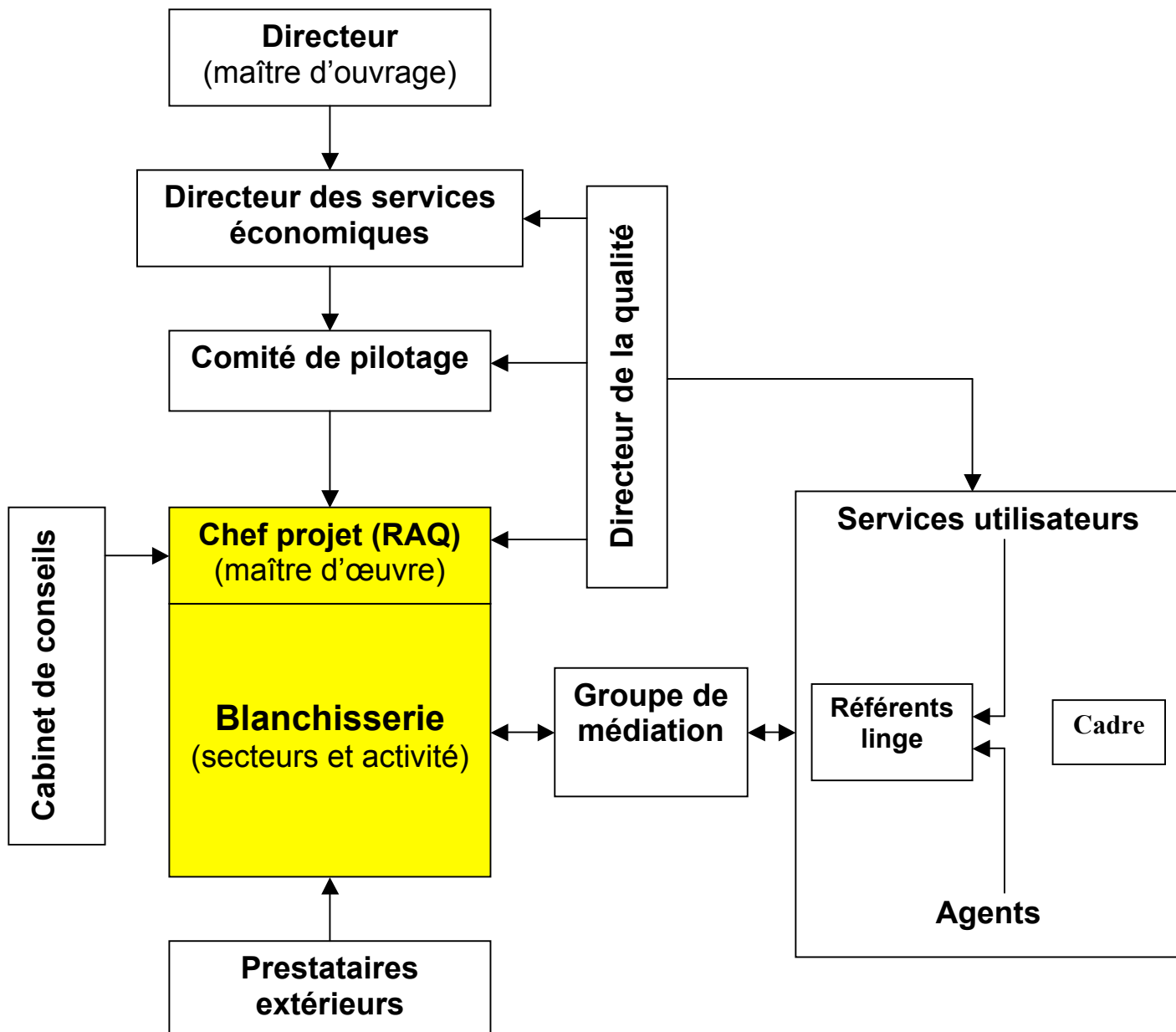
Schéma simplifié du modèle logique de l'intervention



La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe III

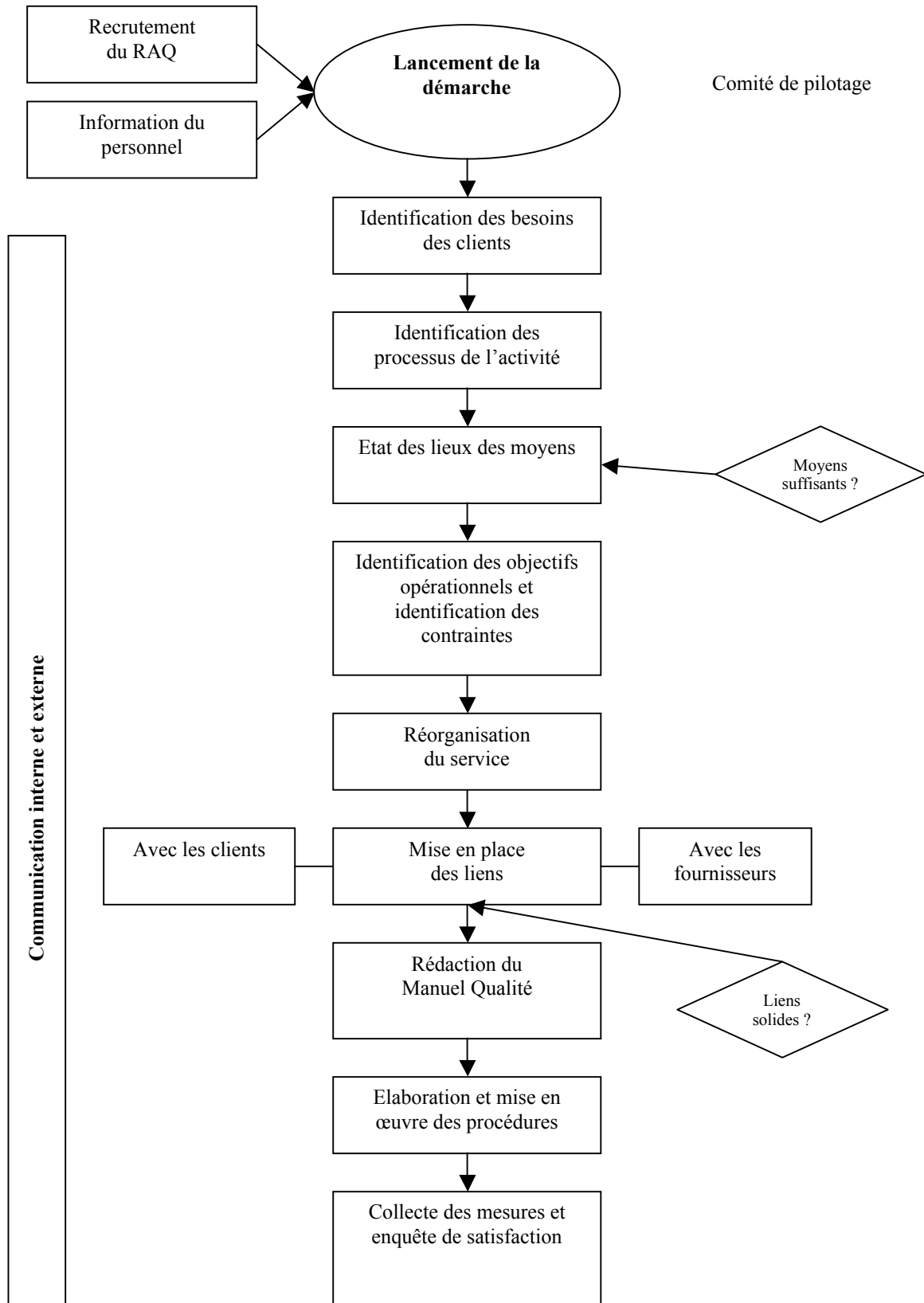
Le positionnement des principaux acteurs



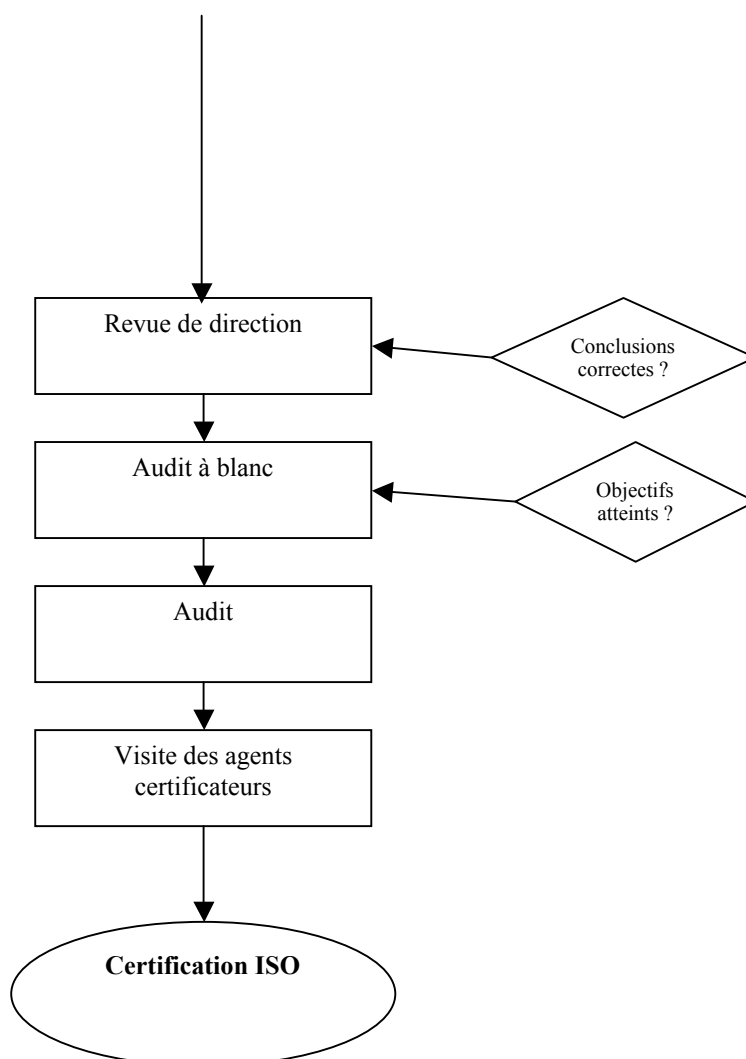
La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe IV

Les étapes de la démarche



Annexe – Les étapes de la démarche (suite)



La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe V

Note de clarification

L'objet du projet consiste à mettre en place un système de management de la qualité dans la blanchisserie de l'établissement, conformément aux exigences de la norme ISO, en vue d'obtenir la certification du service.

Définition du projet

Le projet débute en septembre 2000. La réunion de lancement – comité de pilotage – ainsi que la réunion de présentation aux acteurs concernés ont lieu dans le courant de ce mois.

Le projet doit prendre fin 18 mois après son lancement, soit en mars 2002. La certification du service marque la fin du projet.

Le budget du projet prévoit le recrutement d'un cadre technique chargé du pilotage, le recours à une société de conseils pour accompagner la démarche, ainsi que l'attribution de vacances de secrétariat en cours de projet.

Le budget prévoit également une enveloppe particulière destinée à financer l'achat de matériel et les travaux nécessaires à la mise aux normes du service.

Acteurs du projet

Le maître d'ouvrage est le directeur de l'établissement. Il a délégué le suivi de la maîtrise d'ouvrage au directeur des services économiques.

Le maître d'œuvre est le pilote du projet. Il s'agit d'un agent cadré, spécialement recruté à cette fin.

Les partenaires internes sont tous les services de l'établissement qui, bien qu'ils soient clients de la blanchisserie, sont également fournisseurs d'une prestation en ce sens qu'ils doivent retourner le linge sale à l'unité.

Les partenaires externes sont les entreprises avec qui la blanchisserie travaille (entretien des machines, fournitures du linge, consommables, etc.).

Les clients finaux sont les patients de l'établissement qui bénéficient d'une prestation hôtelière qui comprend le service qui est assuré par la blanchisserie.

Objectifs du projet

L'objectif du projet consiste à obtenir la certification ISO de la blanchisserie. Le projet consiste à mettre en place un système de management de la qualité au sein de l'unité en vue d'améliorer le service rendu et d'obtenir la certification.

Pour le maître d'ouvrage, outre l'objectif principal, il s'agit également d'ajouter une brique à l'édifice que constitue la démarche d'amélioration continue de la qualité mise en œuvre dans l'établissement. La démarche de certification de la blanchisserie, par la dynamique structurée qu'elle induit, ainsi qu'en raison des nombreux liens fonctionnels qui unissent l'unité aux autres services, doit servir d'exemple et favoriser la diffusion de la culture et de l'esprit qualité.

La blanchisserie a la capacité de traiter deux fois plus de linge que celui qui est produit par l'établissement. En lançant le projet de certification, le maître d'ouvrage souhaite également que le service obtienne une reconnaissance qui lui permette de vendre son savoir faire et de gagner des parts de marché en prenant en charge le traitement du linge d'autres établissements.

Pour le maître d'œuvre, l'objectif consiste à mener à bien la mise en œuvre du système de management de la qualité dans le service en vue d'obtenir la certification dans les délais. Pour assurer cette tâche, le maître d'œuvre s'entoure d'une équipe projet à laquelle participe la société de conseil chargée d'accompagner le service.

Pour les partenaires internes, l'objectif consiste à participer, à leur niveau, à la démarche en répondant aux exigences qui la sous-tendent, afin que le projet puisse aboutir.

Pour les partenaires externes, l'objectif consiste à clarifier les relations commerciales en vue d'offrir une prestation qui corresponde aux exigences du service, telles qu'elles sont prévues dans les cahiers des charges.

Produit du projet

Pour mener à bien le projet, l'équipe projet doit connaître les besoins des clients, identifier les processus qui permettent d'y satisfaire, élaborer les procédures qui les déclinent, fixer les exigences de fonctionnement, créer des liens avec les utilisateurs et évaluer l'activité.

Le produit principal répond à l'objectif du projet. Il s'agit de mettre en place un système de management de la qualité au sein du service, système qui doit trouver sa consécration dans la certification.

Trois processus de fonctionnement peuvent être identifiés en blanchisserie :

- 1) Le service de la blanchisserie doit avoir la capacité de collecter, de laver et de distribuer le linge de l'établissement dans les conditions d'hygiène et de sécurité optimum et de répondre aux besoins des clients (qualité hôtelière, fluidité et régularité des distributions, etc.) dans la logique du chaînage des exigences de client à client.
- 2) Le service de la blanchisserie doit avoir la capacité de gérer les vêtements du personnel sans rupture ni erreur de distribution et en respectant les critères d'attribution qui sont fixés.
- 3) Le service de la blanchisserie doit avoir la capacité de stocker et de distribuer le linge à usage unique non tissé et non stérile sans rupture, erreur ni retard de distribution.

Le périmètre du projet est circonscrit à l'activité de la blanchisserie, bien que la fonction linge concerne également tous les autres services de l'hôpital. Bien évidemment, ces derniers doivent inscrire leur activité dans le cadre des règles qui sont fixées. Toutefois, la certification proprement dite ne porte que sur les processus de la blanchisserie.

Parmi les produits du projet figurent également la création de liens entre le service et les services cliniques et l'amélioration des circuits de communication.

Environnement du projet et risques encourus

Le projet de certification de la blanchisserie s'inscrit dans le cadre plus vaste des démarches d'accréditation et d'amélioration continue de la qualité en cours de mise en œuvre dans l'établissement. Il s'agit d'ajouter une brique à l'édifice qualité de l'hôpital. Le choix s'est porté sur la certification ISO 9001 en raison du caractère industriel de l'activité du service. En effet, la structuration des processus qui en découle s'inscrit tout à fait dans la logique de la démarche de certification.

Le service de la blanchisserie, malgré des dysfonctionnements patents et un mode d'organisation interne « archaïque », fonctionne assez correctement. Toutefois, ce fonctionnement ne tient pas compte, ou très peu, des exigences en matière de qualité. Le personnel est ancien, mais spécialisé. Les locaux permettent la réorganisation architecturale indispensable à la maîtrise de la qualité. Le matériel est en grande partie récent et performant.

Le service est isolé au sein de l'établissement et les difficultés de fonctionnement de la filière linge lui sont la plupart du temps imputées en raison de l'opacité et/ou de l'inexistence des procédures ainsi que de l'absence de liens entre les services logistiques et les services cliniques.

Les partenaires externes qui assurent une part importante du soutien technique de l'activité, et plus particulièrement la fourniture de fluides et l'entretien des machines, fonctionnent de manière autonome, sans cadre strict à leur intervention et surtout, sans évaluation.

D'un point de vue financier, l'établissement dispose des capacités d'investissement nécessaires, mais n'a que peu de marges de manœuvre en fonctionnement, particulièrement pour les dépenses de personnel.

L'un des objectifs de la certification est de pouvoir positionner le service sur le marché local, en tant que prestataire. Il y a peu de concurrence publique et les prestations offertes par les entreprises privées s'avèrent plus onéreuses. Par ailleurs, la demande est forte. Il existe en conséquence un créneau et des potentialités.

Principales contraintes du projet

La contrainte de délai ne devrait pas peser lourdement puisque le terme du projet a été choisi librement en fonction de ce qu'il est possible de réaliser en matière de certification d'un service comme la blanchisserie. Toutefois, il convient de bien maîtriser le calendrier, dans la mesure où l'effet d'essoufflement peut augmenter les risques d'échec au delà de l'échéance fixée.

Les contraintes de coûts sont liées au poids des efforts budgétaires qui sont demandés aux établissements de santé. Dans un contexte de réduction des budgets de fonctionnement, dont la connaissance n'est acquise que par année civile, il est possible de se retrouver limité et d'avoir à réduire en conséquence la dotation affectée au projet. Cette limite concerne essentiellement les coûts en ressources humaines.

Le maintien du projet dépend de la place qui lui est donnée dans la hiérarchie des projets de l'établissement et de la capacité de l'hôpital à gérer des imprévus sans remettre en cause les dynamiques en cours.

Il est possible, par ailleurs, que des besoins en investissement émergent au fur et à mesure du déroulement de la démarche. En effet, l'absence d'expertise technique préalable, travail qui est demandé au cadre nommé en qualité de chef de projet et qu'il réalisera dans le cadre du projet, n'a pas permis d'asseoir le projet sur une base de connaissance de l'existant suffisamment pertinente.

En matière de performance, les contraintes concernent essentiellement le personnel. En effet, malgré ses compétences reconnues dans le domaine de son activité, il apparaît qu'il n'est absolument pas formé ni initié à la culture qualité. La réussite de la démarche dépend de la capacité de l'établissement à assumer l'organisation de cette appropriation, ainsi que de celle des acteurs à la faire sienne et à l'accepter.

La performance technique de l'unité est indéniable et seuls des aménagements sont nécessaires, sauf imprévus, pour répondre aux exigences de la qualité.

La réussite du projet dépend également de la qualité des liens qui doivent être créés entre l'unité et les services utilisateurs. Ces derniers sont tout à la fois fournisseurs et clients du service.

Le 1^{er} septembre 2000*

Version 1

Le chef de projet

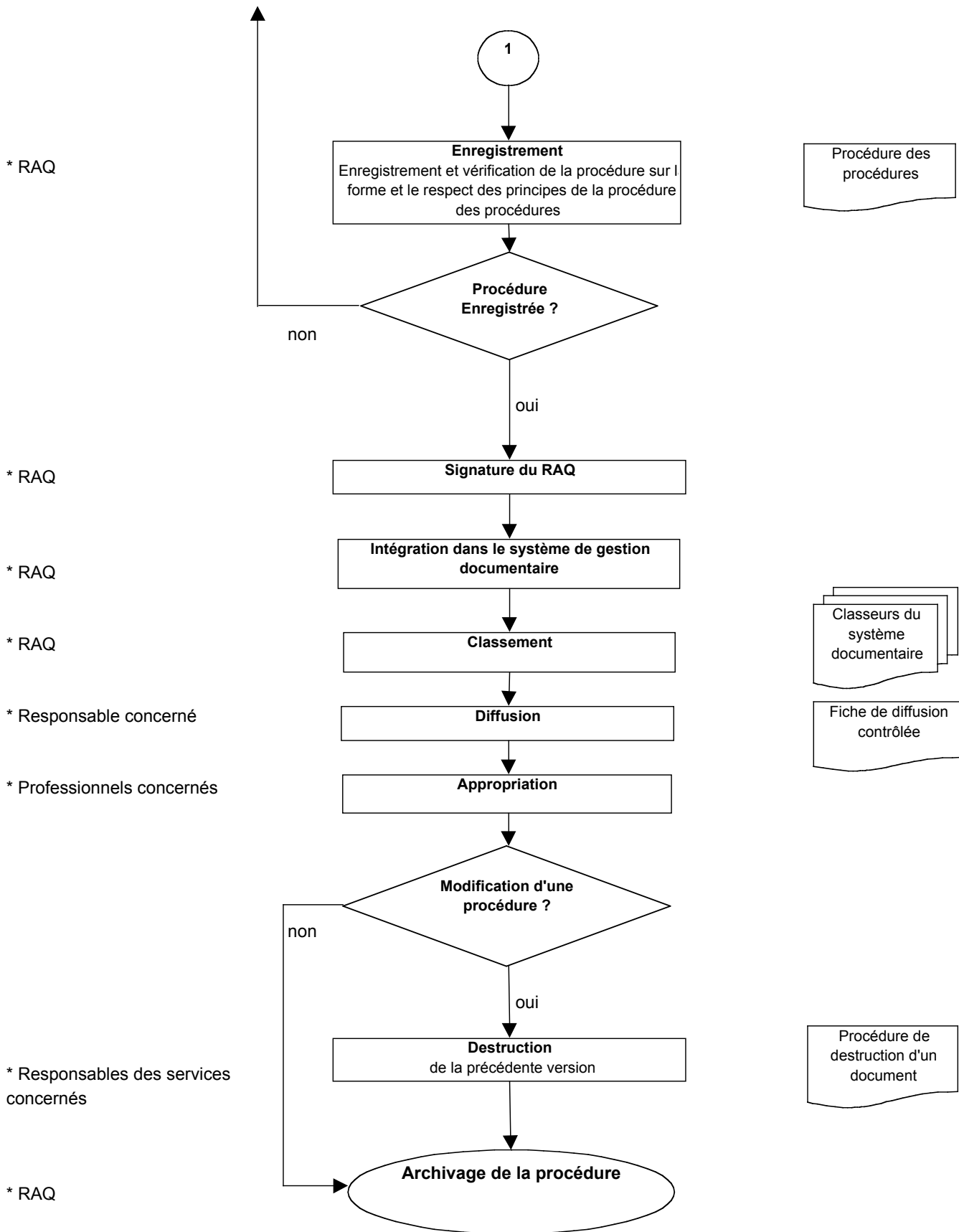
* La note a été rédigée postérieurement à la date de lancement du projet. La date mentionnée ici l'est pour mémoire.

La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe VI – Procédure des procédures

(la procédure présentée ici est celle de l'institution. La blanchisserie s'en est inspiré)





La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe VII

Structure du manuel qualité

A – GENERALITES

A.1 – Le Manuel Qualité

- A.1.1 – Objectifs du Manuel Qualité
- A.1.2 – Domaine d'application
- A.1.3 – Exclusions et activités sous-traitées
- A.1.4 – Règles de maîtrise du Manuel Qualité
- A.1.5 – Définitions et abréviations

A.2 – Présentation de la blanchisserie

- A.2.1 – Implantation
- A.2.2 – Missions de la blanchisserie
- A.2.3 – Activité de la blanchisserie
- A.2.4 – Présentation des secteurs d'activité
- A.2.5 – Organigramme de la blanchisserie

B – LE SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE

B.1 – Maîtrise de la documentation

- B.1.1 – Architecture des documents internes
- B.1.2 – Maîtrise des documents internes
- B.1.3 – Maîtrise des documents externes
- B.1.4 – Maîtrise des données informatiques
- B.1.5 – Maîtrise des enregistrements relatifs à la qualité

B.2 – Responsabilité de la direction

- B.2.1 – Ecoute client
- B.2.2 – La politique qualité
- B.2.3 – Lettre d'engagement de la direction des services économiques
- B.2.4 – Planification et objectifs qualité
- B.2.5 – Responsabilité, autorité, communication
- B.2.6 – Les revues de direction

B.3 – Management des ressources

- B.3.1 – Mise à disposition des ressources
- B.3.2 – Ressources humaines
- B.3.3 – Infrastructures et installations
- B.3.4 – Environnement de travail hygiène

B.4 – Réalisation du service

- B.4.1 – Planification de la réalisation du produit
- B.4.2 – Processus relatif au client
- B.4.3 – Conception et/ou développement
- B.4.4 – Achats
- B.4.5 – Activités de réalisation de la prestation
- B.4.6 – Maîtrise des équipements de contrôle

B.5 – Mesures, analyses, amélioration

- B.5.1 – Planification
- B.5.2 – Mesures et surveillance
- B.5.3 – Maîtrise du produit non conforme
- B.5.4 – Analyse des données
- B.5.5 – Amélioration

ANNEXES

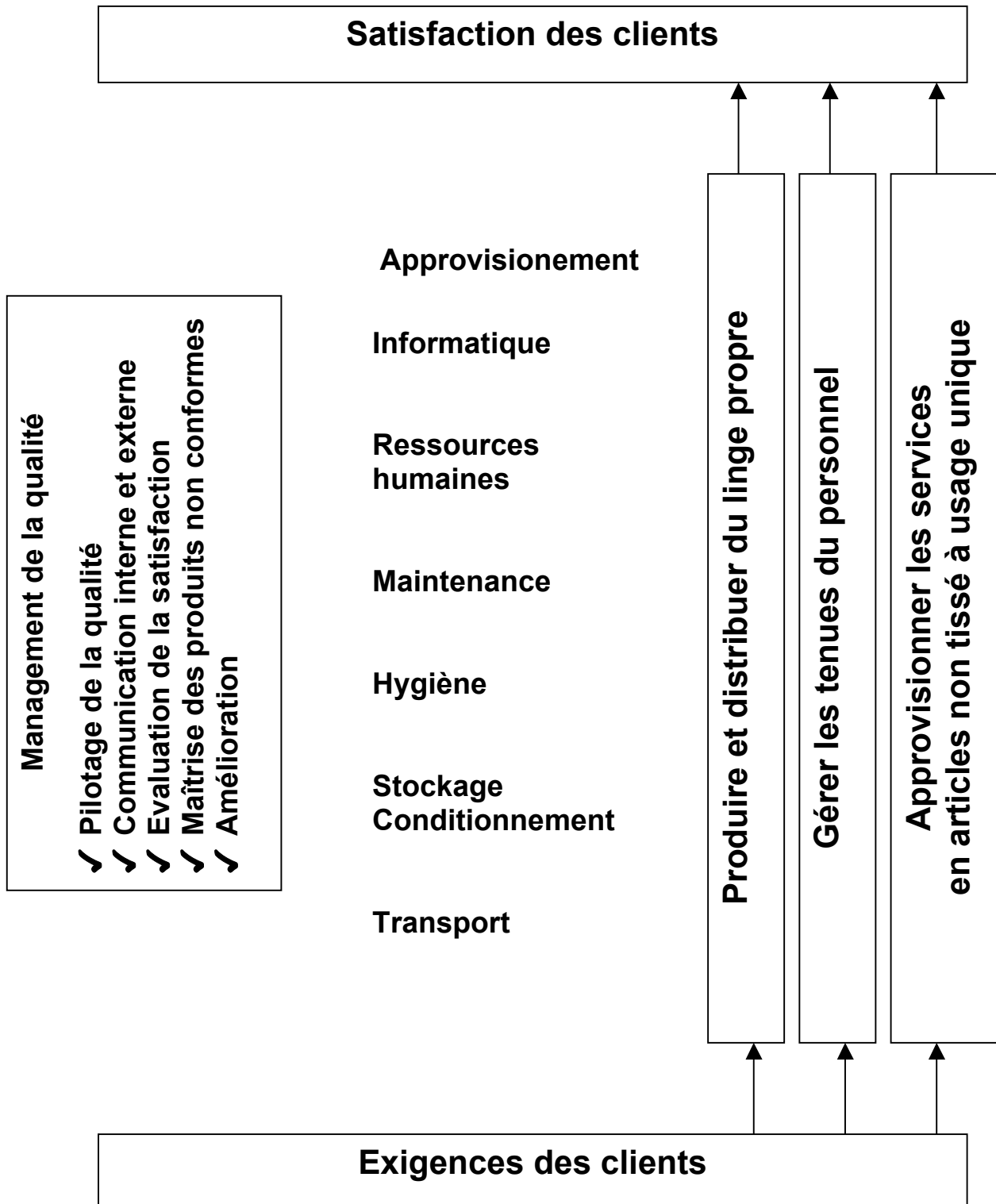
Les moyens techniques

Les moyens logistiques

La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Annexe VIII

Le chaînage des exigences de client à client Et la description des processus



La démarche de certification ISO d'une blanchisserie hospitalière

Bibliographie

- ✓ « Système de management de la qualité – norme NF EN ISO 9001 » AFNOR Décembre 2000 ;
- ✓ « Le Management- voyage au centre des organisations » Henry Mintzberg (éditions d'organisation – 2000) ;
- ✓ « Construire le système qualité d'un établissement de santé » (AFNOR) ;
- ✓ « Traité de gestion hospitalière » Hervé Leteurtre et co. (Berger Levrault 1998) ;
- ✓ « manuel d'accréditation des établissements de santé » ANAES (1999) ;
- ✓ « Souffrance en France - la banalisation de l'injustice sociale » Christophe DEJOURS (Le Seuil 1998) ;
- ✓ « La rédaction graphique des procédures - démarche et techniques de description des processus » Cédric BERGER et Serge GUILLARD (AFNOR 2000) ;
- ✓ « Santé et assurance qualité – vers l'accréditation » Danielle FROMENTIN, Jacqueline BRUN et Jacques LENGART (Berger-Lebrault 1998) ;
- ✓ « les indicateurs de qualité en santé » Claude VILCOT et Hervé LECLET (AFNOR 2001) ;
- ✓ « Les meilleures pratiques de management – au cœur de la performance » Jean BRILMAN (Editions d'organisation 2001) ;
- ✓ « Transformer l'hôpital : la conduite du changement » A.P. CONTANDRIOPOULOS, G. de POUVOURVILLE, E. MINVIELLE et M. KERLEAU (document QUEOPS « Mutation des systèmes de santé » 1999 – 2002)