



LES CAHIERS DE LA QUALITÉ 2013

Management de la qualité, Métrologie, Qualité en Recherche, Audit interne, Qualité en Santé, Auto-évaluation, Cadre d'auto-évaluation des Fonctions publiques, Lean Management...

LES CAHIERS
DE LA
QUALITÉ
2013



Découvrez la bibliothèque de référence
du responsable QHSE sur :

www.LexitisEditions.fr

Lexitis Éditions
76, rue Gay-Lussac, 75005 Paris

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, faite par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. Seules sont autorisées les copies ou les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, ainsi que les analyses et courtes citations justifiées par le caractère critique, scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées sous réserve du respect des dispositions légales prévues (L 122-4 et L 122-5, L 122-10 à L 122 -12). © Lexitis Éditions 2013 – Imprimé en Union Européenne – Dépôt légal : Juillet 2013 – ISBN : 978-2-36233-097-1. Illustrations : DR.

LES CAHIERS DE LA QUALITÉ 2013

Management de la qualité, Métrologie,
Qualité en Recherche, Audit interne, Qualité en Santé,
Auto-évaluation, Cadre d'auto-évaluation des Fonctions
publiques, Lean Management...

UNIVERSITÉ DE TECHNOLOGIE DE COMPIÈGNE

UTC

Fondation UTC pour l'Innovation

Aidez la **Fondation UTC pour l'Innovation**
à devenir un acteur majeur dans le **développement**
de la **Qualité dans les Services**



La qualité des services est un enjeu majeur dans nos sociétés actuelles

Les attentes des citoyens s'expriment de plus en plus en termes de services.

Les percées scientifiques et technologiques n'impactent profondément la société qu'associées à une offre de service et elles en modifient radicalement la nature. Le smart-phone ne serait rien sans les applications, la relation du citoyen à l'administration s'est trouvée profondément changée par Internet. Cette constatation peut être généralisée à tous les domaines : la santé, les transports, l'enseignement, la construction, l'information, la finance,... Les quarante dernières années du XX^{ème} siècle ont été celles d'une économie associée au "boom" des objets de liberté et de confort. Les démarches "qualité" ont accompagné cette révolution avec comme objectif la réalisation de produits conformes aux spécifications.

Cette approche qui garde toute sa valeur n'est plus suffisante. Le champ de la qualité doit être étendu aux services dans leur globalité au risque de voir se creuser un écart entre les attentes profondes de l'Homme (qualité attendue) et les aptitudes des objets à les satisfaire (qualité rendue). Aussi, le "Service" et donc la "Qualité des services", en tant que concepts, doivent-ils, par l'interaction cruciale entre les attentes et leur satisfaction, bénéficier de recherches concrètes, opérationnelles et innovantes.

Pour favoriser les analyses, les progrès et les innovations
en Qualité dans les Services

Rejoignez-nous !

Soutenez la Fondation UTC pour l'Innovation

Avantages fiscaux

La Fondation UTC pour l'Innovation ouvre droit, pour ses donateurs, aux réductions d'impôts prévues pour les versements faits aux fondations reconnues d'utilité publique :

Pour les particuliers

- **Impôt sur le revenu**

Réduction fiscale de 66 % du montant du don dans la limite de 20 % du revenu imposable du donateur

- **Impôt de solidarité sur la fortune**

Réduction d'ISF égale à 75 % du montant du don et limitée à 50.000 €uros

Pour les entreprises

Réduction fiscale de 60% du montant du don dans la limite de 5 pour mille du chiffre d'affaires

Si vous souhaitez soutenir

Deux possibilités s'offrent à vous :

Versement par chèque à l'ordre de l'Agent comptable

UTC - REE
57 avenue de Landshut
BP 60319
60203 Compiègne cedex France

Versement sur compte

DDFIP OISE
2, rue Molière - BP 80323
60021 Beauvais cedex - France
IBAN : FR76 1007 1600 0000 0010 0806 886
BIC : TRPUFRP1

Contacts

Alain STORCK
Directeur de l'UTC
Président de la
Fondation UTC pour
l'Innovation
alain.storck@utc.fr

Brigitte LUQUET
Assistante de la
Fondation UTC pour
l'Innovation
brigitte.luquet@utc.fr

Un **reçu fiscal** vous sera adressé par la Fondation UTC pour l'Innovation dans les 15 jours suivant la réception de votre don, pièce justificative que vous joindrez à votre déclaration fiscale.

donnons un sens à l'innovation



LE MUR DES DONATEURS

LA PUBLICATION DE CET OUVRAGE A ÉTÉ RENDUE POSSIBLE
GRÂCE AU SOUTIEN DE NOS DONATEURS



Direction de la Qualité
du Groupe La Poste



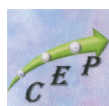
AGCO



Institut Méditerranéen de la Qualité (IMQ)



Qualnet



Crimet E.P.



Félix Informatique



Association Quares



Dnv Business Assurance France



LRQA France Sas



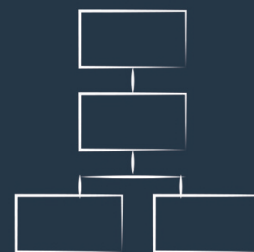
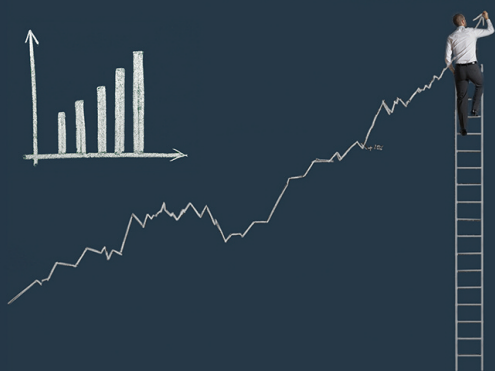
TBS FR



Sensibiliser. Évaluer.
Améliorer. Anticiper.

SE2A

Dématérialisez vos formulaires pour optimiser vos performances

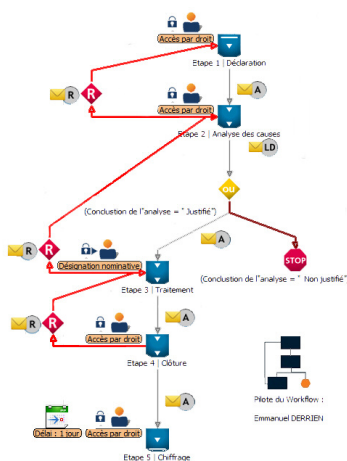


Le moyen le plus simple de dématérialiser vos formulaires !

QualNet a imaginé The Workflow Factory® pour simplifier les flux d'informations au sein de l'entreprise. Maîtrisez la création de vos propres formulaires et diffusez-les sur un intranet ou extranet.

Gestion des réclamations | Anomalies | Plans d'actions | Audits | Congés | Helpdesk | Demandes d'achats | Gestion des risques | Crédit d'impôt recherche | Qualité | Hygiène et Sécurité | Métrologie | Notes de Frais | Plan de formation | Analyse environnementale | Gestion de projets | Gestion des cibles et des objectifs | Traçabilité de la veille réglementaire | CRM | Suivi de la pénibilité au travail | Déclaration d'accidents du travail | AC/AP | ...

- | Concevez
- | Diffusez
- | Utilisez
- | Pilotez



IntraqualDynamic
Gestion des anomalies et réclamations client

Accueil 13-001 [Saisie] Recherche 1 Statistiques

FERMER

Description

Détail du problème rencontré: 53 produits de la référence PROD-00106 à PROD-00159 ont été abîmés durant le transport.
N° de lot AFG-002-152

Priorité: Basse Moyenne Haute Critique

Considérez-vous que ce problème est récurrent? Oui Non

Produit(s) concerné(s)

	Nom du produit	Référence	Lot concerné	Date d'achat	Date de livraison	Quantité commandée	Quantité concernée par le problème
<input type="checkbox"/>	Roue dentée	PROD-00106	QN-002-125	mercredi 10 avril 2013 09:00	mardi 28 mai 2013 10:15	3000	53

Autres informations

Commentaires ou autres informations utiles: le produit s'est abîmé avec les nouvelles palettes. Voir avec le fournisseur si la pose peut être revue.

Photos du problème:

“ Il n'y a pas besoin d'être informaticien pour faire ses workflows... ”

Un client QualNet - Secteur production

Contact

+33 (0)2 48 70 70 34
info@qualnet.fr

www.qualnet.fr



SOMMAIRE

ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT
DE LA FONDATION UTC 9

ÉDITORIAL DES RESPONSABLES
DE LA PUBLICATION 11

CHAPITRE 1

RESPECTER
UN RÉFÉRENTIEL
QUALITÉ 13

Outil d'autodiagnostic pour l'aide à la certification
des Centres de Contact Clients selon la norme
NF EN 15838..... 15

Un autodiagnostic métier pour
les Bonnes Pratiques de Fabrication
des Produits Cosmétiques (ISO 22716) 21

Elaboration d'un système documentaire
conforme aux exigences de la norme ISO 9001
pour l'association Graine de Qualité 27

CHAPITRE 2

DÉVELOPPER
UNE CULTURE
D'AUTO-ÉVALUATION 35

Réalisation d'un Guide de Bonnes Pratiques
de l'Audit Interne 37

Démarche de bonnes pratiques de management :
une méthode et un outil 43

Qualité en Recherche : Réaliser un processus
qualité en thèse 49

Contribution à l'application du Cadre d'Auto-
évaluation des Fonctions publiques (CAF)..... 57

Contribution aux bonnes pratiques
de l'évaluation..... 63

CHAPITRE 3

MAÎTRISER
LES RISQUES 69

La maîtrise de la métrologie dans un projet
de recherche..... 71

Bonnes pratiques de distribution des produits
sensibles (Médicaments)..... 79

Maîtrise des Risques : contribution au Document
Unique dans une unité de travail..... 85

CHAPITRE 4

CONDUIRE
UNE DÉMARCHE
AUSSI « NATURELLE »
QUE POSSIBLE 89

Outil d'autodiagnostic pour une « Qualité Rentable »
– Mise en synergie du Lean Management
et de l'ISO 9001 (FDX 50-819)..... 91

La démarche qualité en recherche : Comment
convaincre ? Un exemple avec le déploiement
d'une plateforme expérimentale 97

Mettre en place des dispositifs d'enquête :
quels enjeux de connaissance ?..... 105

Réflexions sur la Qualité en Santé :
des évolutions permanentes 113

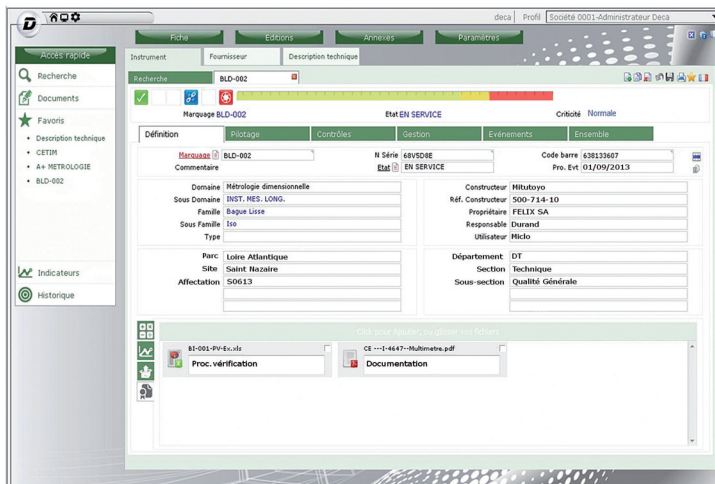
LE RÉPERTOIRE
DES ACTEURS DE LA QUALITÉ
ET DE LA PERFORMANCE 123

DECA

www.deca.eu

Pour la métrologie, multisite et multilingue

Logiciel de gestion de parc d'instruments de mesure et d'assistance à l'étalonnage



- Appel automatique par e-mail des instruments.
- Evaluation des périodicités d'étalonnage selon la méthode OPPERET.
- Calcul d'incertitudes de mesure.
- Conforme au 21 CFR part 11.
- Disponible en hébergement.

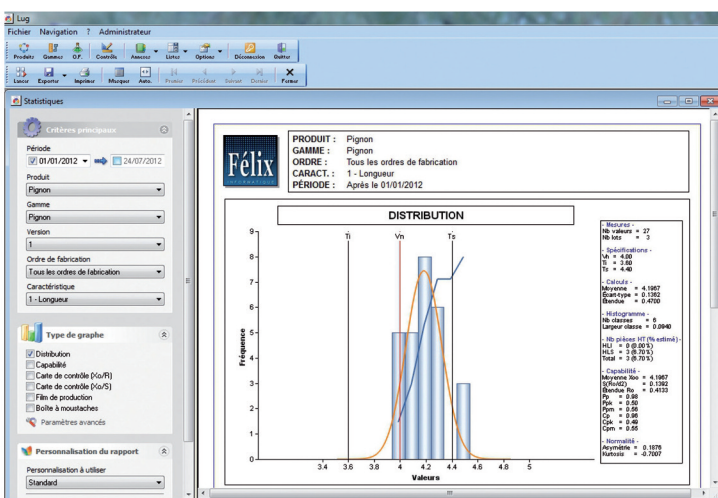
LES RÉFÉRENCES

ALCAN, ALCATEL-LUCENT, ALSTOM, AREVA, ASTRIUM, BOMBARDIER, CEA, CONTINENTAL, DASSAULT, E2M, EADS, EDF, GE ENERGY, FAURECIA, LEGRAND SA, MESSER, MICHELIN, NEXTER, R.A.T.P., SAFRAN, SEB, SNCF, SNECMA, THALES-ALENIA SPACE, VALEO, WELEDA, ZODIAC ...



Logiciel de contrôle réception,
contrôle fabrication,
statistiques et reporting

lug3@felix.fr



Lug³ intervient du contrôle réception jusqu'au contrôle final. Il est l'outil d'aide à la décision du contrôleur et l'outil d'analyse du responsable qualité.

Conforme aux normes ISO 9000 / QS 9000
ISO 2859-1 (ex NF X06-022) • 21CFR part 11



Félix Informatique

3, rue de la Moselotte • B.P. 41040 • 54521 Laxou cedex

Tél. 03 83 96 23 23 • Fax: 03 83 96 88 00



www.felix.fr

ÉDITORIAL

DU PRÉSIDENT DE LA FONDATION UTC

Dès sa création en 1972, l'UTC a considéré la **qualité** comme l'un des défis majeurs et de différenciation d'une Université de Technologie dont les deux missions de formation et de recherche, mais aussi de transformation de connaissances et de savoirs en innovation, doivent s'exprimer avec les exigences de performance, d'efficacité, d'amélioration permanente, de satisfaction des parties prenantes et de « clients » : la filière d'ingénieur en Génie Mécanique « Fiabilité et Qualité Industrielle » créée dès l'origine il y a 40 ans, puis depuis 2005 le Master « Qualité et Performances dans les Organisations » traduisent bien **l'engagement pédagogique de l'UTC** face à cet enjeu.

Mais au-delà de la formation, c'est l'ensemble des missions et des processus opérationnels

de l'UTC qui se trouvent aujourd'hui concernés par la démarche qualité de l'établissement en promouvant une nouvelle culture, celle **la qualité par l'innovation**.

Je salue l'initiative des deux responsables de la publication « **Les Cahiers de la Qualité** » qui est ouverte à des secteurs très diversifiés et dont **l'approche pluridisciplinaire** et transversale constitue l'une des richesses.

La Fondation UTC pour l'innovation que je préside est très fière d'être l'un des partenaires de ce projet et je vous invite à devenir, par votre contribution, un véritable acteur de **la qualité dans les services**.

Pr Alain STORCK

Directeur de l'UTC

Président de la Fondation UTC



PHOTO : ERIC NOCHET

L'expérience industrielle au service de vos besoins

Ingénierie de projet et accompagnement technique

Journées d'information et démonstrations technologiques

Publication d'ouvrages techniques en métrologie

IMQ

la Valeur Vraie

Nos **talents**
à votre **mesure**

www.imq-fr.com



Institut Méditerranéen de la Qualité

ZE Lagoubran - 57, chemin Gaëtan Gastaldo - 83200 TOULON - Tél. : +33 (0)4 94 09 78 00 - Fax : +33 (0)4 94 09 78 09

ÉDITORIAL

DES RESPONSABLES DE LA PUBLICATION

Les Cahiers de la Qualité sont nés d'une volonté et d'un besoin :

- La **volonté** de promouvoir l'intégration entre l'enseignement supérieur et la recherche, le monde professionnel et celui de la science en démontrant les capacités d'écoute et d'anticipation des attentes de la société,
- Le **besoin** de valoriser publiquement tout acteur qui s'investit, quel que soit son statut ou sa discipline, dans des approches qualité créatives et utiles afin de favoriser les échanges d'idées, de vécus et de pratiques.

Ainsi, tout auteur, jeune ou expérimenté, est bienvenu dans les Cahiers de la Qualité s'il souhaite faire partager un retour d'expérience, une nouvelle méthode, de nouveaux concepts ou outils, visant à faire

progresser les connaissances scientifiques ou professionnelles contribuant à améliorer les actions et les situations au quotidien.

Les **Cahiers de la Qualité** diffusent les échanges d'expérience en qualité appliqués à tous les champs des savoirs et tous les secteurs de mise en œuvre.

Nous souhaitons que vous trouverez du plaisir à les consulter et que votre motivation à y contribuer enrichira les contenus futurs. Nous pouvons vous accompagner pour toute initiative, n'hésitez pas à nous joindre!...

Les responsables de la publication
« Les Cahiers de la Qualité »

Gilbert FARGES
gilbert.farges@utc.fr

Jean-Pierre CALISTE
jean-pierre.caliste@utc.fr



Gilbert FARGES est docteur-ingénieur en génie biomédical et habilité à diriger des recherches. Sa fonction d'enseignant-chercheur à l'Université de Technologie de Compiègne lui permet d'accéder à un large spectre d'activités centré sur la santé, l'enseignement, la recherche et les services. En santé, il a été l'animateur des versions 2002 et 2011 du Guide des bonnes pratiques de l'ingénierie biomédicale en établissement de santé réalisés avec plus de 90 co-auteurs internationaux.

En recherche, il contribue depuis 2004 au développement des démarches qualité avec le réseau "Qualité en Recherche (QeR)" du CNRS. Il est responsable du Master "Qualité et Performance dans les Organisations (QPO)" de l'UTC centré sur les services. Il contribue à de nombreuses publications annuellement et aux travaux de normalisation auprès de l'Afnor, dans les domaines des dispositifs médicaux, de l'innovation, de la recherche ou du management de projet.

En savoir plus : www.utc.fr/~farges ou www.utc.fr/master-qualite

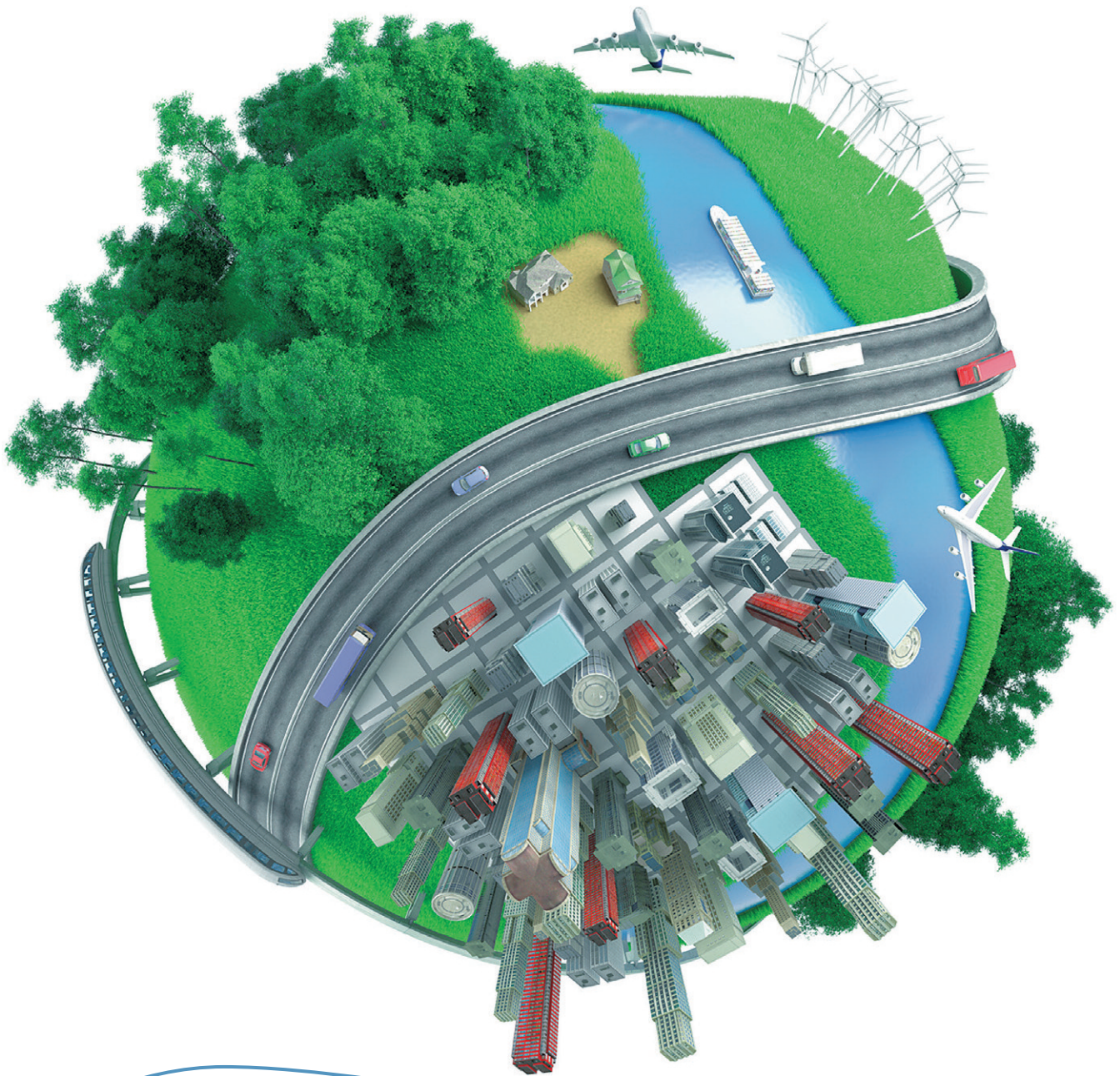


Jean-Pierre CALISTE est enseignant-chercheur en management de la qualité et management de projet à l'Université de Technologie de Compiègne. Ses responsabilités au sein de l'UTC l'amènent à être responsable d'unités d'enseignement pour les élèves ingénieurs et les étudiants du master Qualité et Performance dans les Organisations. Il est responsable du mastère spécialisé «Normalisation, Qualité, Certification et Essais, NQCE».

Egalement responsable d'actions de formations professionnelles, il conçoit et anime des séminaires de formation-action. En recherche, il s'intéresse aux processus et à la complexité, il développe des méthodologies et des outils d'évaluation de la qualité applicables à l'enseignement supérieur et à la recherche, notamment dans le cadre de projets TEMPUS. Il contribue à de nombreuses publications et assure la présidence de CODATA-France, section française d'une organisation scientifique internationale chargée du développement de la qualité de l'information scientifique et technique.

En savoir plus : www.utc.fr/master-qualite

FOR A SAFER & SUSTAINABLE FUTURE^(*)



(*) Pour un futur plus sûr et plus durable

DNV Business Assurance : Construisez la confiance en votre organisation !

Formations - Certifications - Evaluations en Management des Risques - Vérifications RSE et Développement Durable.



www.dnvba.fr / + 33 (0)4 78 90 91 40



RESPECTER UN RÉFÉRENTIEL QUALITÉ

Le respect d'un référentiel qualité est la base de l'efficacité démontrée d'une organisation qui afficherait explicitement ses engagements vis à vis des clients et/ou parties-prenantes.

Pour optimiser le temps consacré à démontrer le respect des exigences d'un référentiel qualité, des outils semi-automatisés sont proposés dans ce chapitre pour deux normes qualité. Ces outils exploitent des fichiers numériques de type tableur (Excel®) dans lesquels les exigences sont rappelées sous forme de critères dont les niveaux de réalisation sont évalués par une ou plusieurs personnes.

Le premier article présente la norme NF EN 15838 "Centres de Contact Clients – Exigences relatives à la délivrance du service" prisée par le secteur des centres d'appel ou hotlines. Ce référentiel vise autant la satisfaction du client que celle des employés et inclue une dimension sociale. Pour faciliter l'appropriation, l'outil d'autodiagnostic est simple d'emploi et basé sur une échelle d'évaluation exprimée en six niveaux de véracité. Les résultats moyens et les écarts-types entre évaluateurs sont présentés en un coup d'œil sous forme d'un graphe radar en quatre axes.

Le second article traite de la norme ISO 22716 associée aux Bonnes Pratiques de Fabrication des produits cosmétiques. La cartographie des processus-métier est reliée aux chapitres d'exigences afin d'en démontrer la parfaite adéquation. Pour favoriser la simplicité d'emploi, et donc "l'utilisabilité" de l'outil, l'échelle d'évaluation est sur seulement quatre niveaux de véracité. Les graphes radar des résultats sont présentés automatiquement (et immédiatement) soit sur les huit processus-métier (ce qui plait davantage aux acteurs de terrain), soit sur les quinze chapitres d'exigences de la norme (ce qui aide le qualicien à se situer pour une éventuelle certification).

Le dernier article concerne la mise en œuvre de l'ISO 9001 pour une micro-structure (association de 3 personnes bénévoles) où les enjeux sont de pouvoir réaliser l'essentiel de la mission dans un environnement qualité, sans pour autant dépenser trop de ressources pour établir les preuves de conformité. Le système documentaire étant le point critique de tout système de management qualité, les propositions portent sur le concept de "chaînage documentaire" qui démontre explicitement les liens de cohérence entre les processus-métier intégrés dans un cycle d'amélioration continue. Le meilleur document est celui qui permet de bien travailler et de le démontrer en même temps...

OUTIL D'AUTODIAGNOSTIC POUR L'AIDE À LA CERTIFICATION DES CENTRES DE CONTACT CLIENTS SELON LA NORME NF EN 15838

**Cem COMERT, Arnaud DERATHE, Younès HEDDOUN, Steffi MUNIER,
Antoine ROHAUT, Jean-Pierre CALISTE, Gilbert FARGES***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email: master-qualite@utc.fr – Site web: www.utc.fr/master-qualite

*réfèrent: gilbert.farges@utc.fr

Résumé

Conscients de l'importance grandissante de la relation à distance, les Centres de Contacts Clients (CCC) ont engagé une démarche qualité pour apporter davantage de visibilité sur leurs prestations et faire reconnaître leurs compétences et leurs savoir-faire. C'est dans ce contexte que la norme NF EN 15838, Centres de Contact Clients - Exigences relatives à la délivrance du service, a été publiée en décembre 2009 afin de garantir la qualité des prestations délivrées. Le présent dossier comporte une analyse des points critiques de la norme, une synthèse de ses exigences puis un outil d'autodiagnostic ayant pour but d'aider et d'accompagner les CCC dans leur démarche de certification selon la norme NF EN 15838.

MOTS-CLEFS

Qualité, client, service, NF EN 15838

Abstract

Nowadays, Customer Contact Centers are more and more sensitive regarding every delivered service. Firms have recently implemented a process improvement in order to guarantee the quality of their services.

The NF EN 15838 standard was established to answer that expectation. The following document includes an analysis of NF EN 15838 most important aspects. On the other hand, a self-assessment tool has been designed to sum up and synthesize these standard requirements. The main objective of that tool is to help and assist firms applying for NF EN 15838 certification.

KEY WORDS

Quality, customer, client, service, NF EN 15838

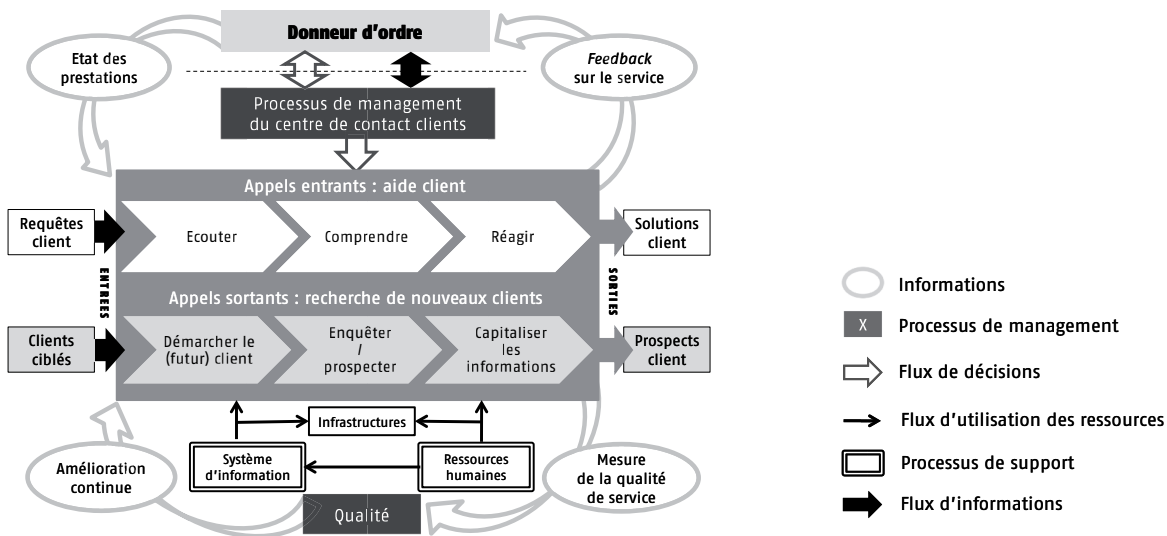


FIGURE 1 : Cartographie des processus liés aux Centres Contact Clients [4]

1) Contexte et enjeux

En France, le secteur des Centres de Contact Clients (CCC) est apparu au milieu des années 1990, plus de 10 ans après son apparition en Angleterre et aux USA [1]. Ce secteur réalise pour ses clients (internes ou externes) des fonctions de support clients (hot-lines...) ainsi que de prospection et d'études de marché. En France comme ailleurs, le développement de ce secteur est exponentiel :

- Taux de croissance annuel des effectifs entre 2003 et 2005 : 79% [1],
- En 2006, 90% des grandes entreprises françaises déclarent avoir un CCC [1],
- Les CCC emploient aujourd'hui 0,94% de la population active française contre 1,25% en Allemagne et 3,21% en Angleterre, ce qui laisse présager une réserve de croissance [2].

Outre le potentiel d'évolution du secteur, deux tendances sont à noter :

- L'externalisation des CCC représente environ 60 000 emplois en France et 1,8 Milliards d'euros de chiffre d'affaire [2] (environ 25% du secteur en France),
- La délocalisation des CCC : souvent surestimée, elle représente environ 20% du chiffre d'affaire des CCC externalisés [3].

Enfin, le secteur des CCC fait face à de nombreux préjugés qui ternissent largement son image [3] :

- Secteur de la précarité (majorité de CDD, Intérimaires),
- Appels « polluants » (dérangeant à l'heure du déjeuner...), vente forcée,
- Secteur sans avenir, dont l'activité n'a qu'une faible valeur ajoutée,
- Secteur aux conditions de travail déplorables et très difficiles,
- Secteur du « moins-disant social ».

En réponse à cette double situation d'expansion croissante et de mauvaise image du secteur, l'Association Française de Normalisation (AFNOR) a élaboré une norme définissant les exigences relatives au service des CCC - tant en terme de satisfaction client, que de satisfaction des employés - et incluant une dimension sociale au sein d'une norme.

2) Méthodologie

Dans ce contexte, aider les entreprises intéressées par ce nouveau référentiel passe par le développement d'outils facilitant la prise en main de la norme et la démarche de mise en conformité. Compte tenu de la complexité des activités et interactions en jeu, il semble intéressant de schématiser ces activités dans leur globalité, telles que décrites dans la norme NF EN 15838, Centres de Contact Clients – Exigences relatives à la délivrance du service. La réalisation d'une cartographie des processus sert de base pour simplifier l'appréhension de la norme par tout public (figure 1).


Entreprise :	Zone à remplir par l'utilisateur		
Date :	Zone à remplir par l'utilisateur		
Nom et fonction du signataire :	Zone à remplir par l'utilisateur		
A LIRE AU PREALABLE :			
Pour qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les entreprises possédant un centre de contact client 		
Pour quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Pour mettre en œuvre une certification NF EN 15838 • Pour évaluer et améliorer le système de contacts clients • Pour faciliter la démarche de certification à la norme NF EN 15838 		
Comment ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez cet outil d'autodiagnostic simple et rapide en documentant les zones blanches 2. Répondez aux questions "grille d'évaluation" selon votre choix d'approche 3. Visualisez votre situation avec les onglets "Résultats" et "Résultats graphiques" et identifiez les améliorations nécessaires 4. Imprimez, communiquez et capitalisez les résultats 		
Evaluateurs		Echelle d'évaluation exploitée	
1 : Prénom NOM, Fonction	Légende	Utilisés dans les calculs	
2 : Prénom NOM, Fonction		Item	% de véracité
3 : Prénom NOM, Fonction	Aucune personne du service n'a de doute	Faux unanime	0%
4 : Prénom NOM, Fonction	Une personne au moins considère que l'affirmation n'est pas vraiment fausse	Faux	20%
5 : ...	Rien ne permet d'identifier la réalisation de l'action	Plutôt faux	40%
6 : ...	L'action est réalisée aléatoirement	Plutôt vrai	60%
7 : ...	L'action est réalisée systématiquement	Vrai	80%
8 : ...	Il est possible de prouver à un pair externe la réalisation de l'action	Vrai prouvé	100%

FIGURE 2: Page d'accueil de l'outil d'autodiagnostic sur la norme NF EN 15838 [4]

La norme est ensuite déclinée, en associant chaque exigence à des critères de réalisation et des indicateurs quantifiés. Cette transcription permet la conception d'un outil d'autodiagnostic à l'usage des entreprises pour situer leur niveau de conformité par rapport au référentiel NF EN 15838 et guider leurs actions d'amélioration.

3) Cartographie du Processus

La cartographie réalisée montre que le cœur métier des CCC est réparti en deux grandes activités :

- Les appels entrants, relatifs à l'écoute client : Hotline, SAV...
- Les appels sortants, relatifs aux activités d'écoute du marché, de prospection client...

Au centre figurent les deux activités cœur métier, autour desquelles sont représentés les processus de management, parmi lesquels se trouvent la direction du CCC qui assure l'application des directives du donneur d'ordre, ainsi que le service qualité, chargé de collecter et diffuser les informations de performance et de mettre en œuvre les actions d'amélioration correspondantes. Enfin, les processus de support fournissent aux autres activités les

moyens nécessaires (ressources humaines, système d'information, infrastructures) et sont représentées par des ronds les informations circulant, et par des flèches leurs directions.

4) Autodiagnostic

L'outil d'autodiagnostic est réalisé sous Microsoft Excel®, car c'est un logiciel très répandu dont l'utilisation est courante en entreprise. Les fonctions de l'outil sont les suivantes :

- être utilisable par un novice en informatique et/ou en qualité,
- être rapide à utiliser (moins d'une demi-heure),
- être personnalisable,
- fournir des résultats pertinents et facilement compréhensibles.

Pour remplir ces objectifs, le fichier Excel® est entièrement automatisé, réduit au minimum les saisies et est constitué de 6 onglets :

- onglet « Accueil » (figure 2) : il permet d'entrer les méta-données (entreprise, date, personne réalisant l'autodiagnostic) nécessaires à la bonne traçabilité. Un rappel des utilisateurs ciblés, des

3) PROCESSUS DE SUPPORT RH		Chapitre NF 15838	EVALUATION	MODES DE PREUVE	OBSERVATIONS
3.1	Des fiches de poste sont établies pour chaque emploi et contiennent toutes les informations nécessaires.	4.2	Faux Unanime		
3.2	Les ressources humaines ont les conséquences requises en matière de recrutement.	4.3.2	Faux Unanime		
3.3	Les exigences requises en matière de formation, de recrutement, de feed-back, sont spécifiées.	5.1	Faux Unanime		
3.4	Un profil de compétences pour les conseillers en fonction des différentes tâches à effectuer est réalisé.	5.2.1	Faux Unanime		
3.5	La compétence des conseillers est vérifiée tous les ans.	5.2.1	Faux Unanime		
3.6	Le processus de recrutement est conduit sur la base du profil de compétence établi.	5.3	Faux Unanime		
3.7	Les critères de recrutement sont mesurés et documentés.	5.3	Faux Unanime		

FIGURE 3 : Extrait de la grille d'évaluation par approche processus sur la norme NF EN 15838 [4]

objectifs de l'outil ainsi que du processus d'utilisation comprenant les différentes étapes ainsi qu'un détail de la grille de cotation sont aussi présents sur cet onglet. Le système de cotation choisi est en 6 niveaux de véracité (de "faux unanime" à "vrai prouvé"), allant de 0 à 100% d'exigences satisfaites.

- onglet « Choix de l'approche » : l'utilisateur a le choix entre une approche « processus » ou celle par « indicateurs » pour réaliser son autodiagnostic. Le premier choix permet une évaluation de 4 macro-processus identifiés après analyse et synthèse de la norme NF EN 15838. Le second permet de faire le point sur les indicateurs obligatoires et recommandés par cette même norme. En suivant l'un des deux liens, la grille d'évaluation correspondante s'affiche et l'autodiagnostic peut commencer.
- onglet « Grille processus » et onglet « Grille indicateurs » (figure 3) : ces onglets affichent la grille d'autodiagnostic dans le mode précédemment choisi. Une fois celle-ci remplie, avec les niveaux de véracité et les observations nécessaires, l'utilisateur la valide par un lien vers l'onglet « Résultats ».
- onglet « Résultats processus » et onglet « Résultats indicateurs » : ils affichent le taux de conformité en pourcentage pour chaque approche choisie, macro-processus ou indicateur, ainsi que pour chaque chapitre de la norme. Pour pallier l'influence de « l'évaluateur-dépendance », l'outil est conçu pour être utilisé par plusieurs personnes, pour une même évaluation, au sein d'un même

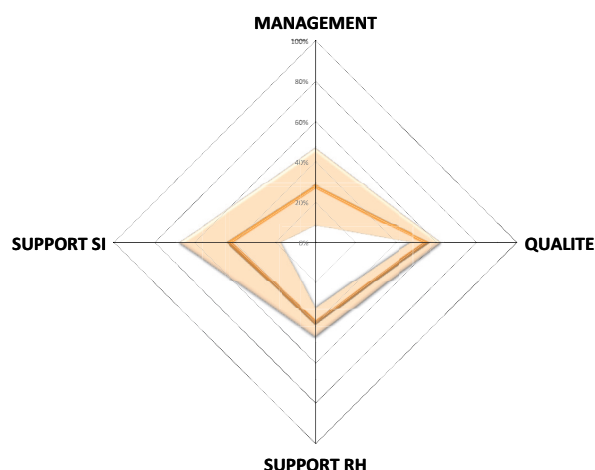


FIGURE 4 : Exploitation des résultats d'autodiagnostic indiquant la moyenne et les zones d'écart-types obtenus sur les 4 macro-processus de la norme NF EN 15838 [4]

CCC. Un calcul de la moyenne et des écart-types par macro-processus est réalisé dans le but de mettre en évidence l'homogénéité ou non des résultats.

- onglet « Graphique processus » et onglet « Graphique indicateurs » (figure 4) : il exploite les résultats des précédents calculs sous forme graphique par macro-processus ou indicateurs.
- onglet « Retour d'expérience » : il permet de capitaliser les remarques des utilisateurs, qui pourront servir pour les plans d'amélioration éventuels

5) Conclusion et perspectives

En 2006, 90% des grandes entreprises françaises déclarent avoir un Centre Contact Clients (CCC) [1]. Dans le but de maximiser la qualité et la performance de ces services en relation directe avec la clientèle, la certification relative à la marque NF Service - marque volontaire de certification délivrée par AFNOR Certification - selon la norme NF EN 15838 « Centres de Contact Clients - Exigences relatives à la délivrance du service » est possible depuis mai 2010. Cette norme traduit une volonté globale des organismes de normalisation d'inclure les thèmes de responsabilité sociale, sociétale et durable dans les référentiels de certification.

Un outil d'autodiagnostic basé sur cette norme, gratuit et accessible sur Internet [4] est proposé pour aider les CCC dans le développement de leurs démarches de certification et d'amélioration continue des bonnes pratiques conçues pour répondre au mieux aux attentes du client. Les résultats peuvent servir de modes de preuve quant au développement continu d'une démarche qualité, pouvant être demandés lors d'audits de certification.

L'ergonomie de l'outil permet à tout personnel, quel que soit sa qualification, de réaliser une évaluation et donc de s'approprier peu à peu la norme NF EN 15838. L'autodiagnostic peut être réalisé par plusieurs personnes offrant ainsi une robustesse par rapport au facteur « d'évaluateur – dépendance », mais aussi des sources multiples d'améliorations pour le fonctionnement quotidien du CCC.

Une utilisation périodique de l'outil devrait permettre d'élever le niveau de qualité des prestations du CCC, consolidant ainsi la confiance de ses clients.

Références bibliographiques

- [1] Les centres d'appels externalisés : une trajectoire organisationnelle et spatiale dominante, Boubabou Olga Olivier, Ferru Marie, Université de Poitiers, novembre 2007, 12p, <http://sceco.univ-poitiers.fr>
- [2] Secteur d'activité de la relation client, www.sp2c.org/sp2c_secteur_activite_relation_client.html, page consultée le 25/01/2011
- [3] Les préjugés sur le secteur de la relation client, www.sp2c.org/les-prejuges.html, page consultée le 25/01/2011
- [4] Processus et autodiagnostic sur la norme NF EN 15838, Centres de Contacts Clients - Exigences relatives à la délivrance du service, Cem COMERT, Arnaud DERATHE, Younès HEDDOUN, Steffi MUNIER, Antoine ROHAUT, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2010-2011, <http://www.utc.fr/master-qualite/>, puis « travaux », réf. 167
- [5] NF EN 15838, Centres de Contact Clients - Exigences relatives à la délivrance du service, Ed. AFNOR, décembre 2009, <http://www.afnor.org>
- [6] Règles générales de la Marque NF Service, <http://www.marque-nf.com>, page consultée le 02 novembre 2010
- [7] CCA International : 1er out sourceur à recevoir la certification NF Service « Centre de Relation Client » basée sur la nouvelle norme européenne. IndiceRH.net, <http://www.indicerh.com>, page consultée le 11 octobre 2010
- [8] Organizational Factors that affect the Delivery of Service Quality in Call Centers, Science Direct, <http://www.sciencedirect.com/science>, page consultée le 11 octobre 2010
- [9] Les centres d'appel en France : mobilisation et mobilité des salariés face à un système hybride de travail, Ed. HAL Sciences de l'Homme et de la Société, <http://halshs.archives-ouvertes.fr>, page consultée le 11 octobre 2010

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'auto-diagnostic
- Poster de synthèse

Focus sur la norme ISO 22716

Proposé par LRQA, leader mondial de la certification des systèmes de management à valeur ajoutée

- La norme ISO 22716 est citée comme le texte de référence sur les Bonnes Pratiques de Fabrication imposées par le Règlement.
- Le règlement cosmétique entre en vigueur le 11 juillet 2013 et remplace la Directive 76/768/CEE de 1976, et tous les produits destinés à circuler dans l'Union Européenne devront être élaborés en respectant strictement les BPF Cosmétiques décrites par la norme ISO 22716. Le Règlement a pour objectif de simplifier les procédures et de rationaliser la terminologie afin de réduire ainsi la charge administrative et les ambiguïtés. Il renforce en outre certains éléments du cadre réglementaire applicables aux produits cosmétiques comme les contrôles au sein du marché en vue d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine. Cela se traduit entre autre par de nouvelles responsabilités pour les différents acteurs de la chaîne, un dossier d'information relatif au produit plus détaillé et de nouvelles règles concernant l'étiquetage.

BÉNÉFICES

- **Norme de reconnaissance internationale**, elle permet de valoriser votre démarche auprès de vos clients et vos prospects.
- **Permet de garantir**, aux consommateurs ainsi qu'à vos clients, **un haut niveau de maîtrise des risques** de vos produits cosmétiques au niveau de la production mais aussi le contrôle, le conditionnement, le stockage et les expéditions.
- **Facilite vos démarches administratives** : élaborations de dossiers, audits internes et externes, inspections par les autorités sanitaires.

LES + LRQA

- Tous les auditeurs ISO 22716 sélectionnés ont suivi une qualification LRQA rigoureuse
→ **compétence garantie**
- Tous les auditeurs ISO 22716 possèdent une expérience industrielle
→ **expertise garantie**
- Pragmatisme opérationnel des auditeurs
→ **valeur ajoutée des audits garantie**

NOTRE MÉTHODE ? LA BUSINESS ASSURANCE CERTIFICATION !

LRQA Business Assurance
Améliorer la performance, réduire le risque

LLOYD'S REGISTER QUALITY ASSURANCE (LRQA)
Tour Swiss Life
1 boulevard Vivier Merle
69443 LYON cedex 03

Contact :
Tél. : **04 72 13 31 41**
E-mail : lrqa.france@lr.org

www.lrqa.fr



UN AUTODIAGNOSTIC MÉTIER POUR LES BONNES PRATIQUES DE FABRICATION DES PRODUITS COSMÉTIQUES (ISO 22716)

**Sanaa ABDOUH, Flavien BERRIOT, Jiachuan HOU, Frank PITHAN,
Marine SCHAMBERGER, Sophie SOUMARE, Gilbert FARGES***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél : +33 (0)3 44 23 44 23

Email : master-qualite@utc.fr – Site web : www.utc.fr/master-qualite

*référént : gilbert.farges@utc.fr

Résumé

Pour l'application des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) des produits cosmétiques, conformément à la nouvelle norme ISO 22716, un outil d'autodiagnostic automatisé, facile à utiliser, a été développé à partir d'une interprétation de cette norme. Cet outil aidera les acteurs du secteur cosmétique à la mesure de la situation initiale, à l'identification des axes prioritaires d'amélioration et à la mesure de l'amélioration continue des BPF.

MOTS-CLEFS

Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF), produits cosmétiques, ISO 22716, outil d'autodiagnostic

Abstract

An easy to use self assessment tool, based on an interpretation of the new standard ISO 22716 is now available to help companies interested by the application of Good Manufacturing Practices (GMP) for cosmetic products. With this tool, it's easy to measure the initial situation, identify the priorities and plan a continuous improvement process in order to reach the GMP.

KEY WORDS

Good Manufacturing Practices (GMP), cosmetic products, ISO 22716, self assessment tool.

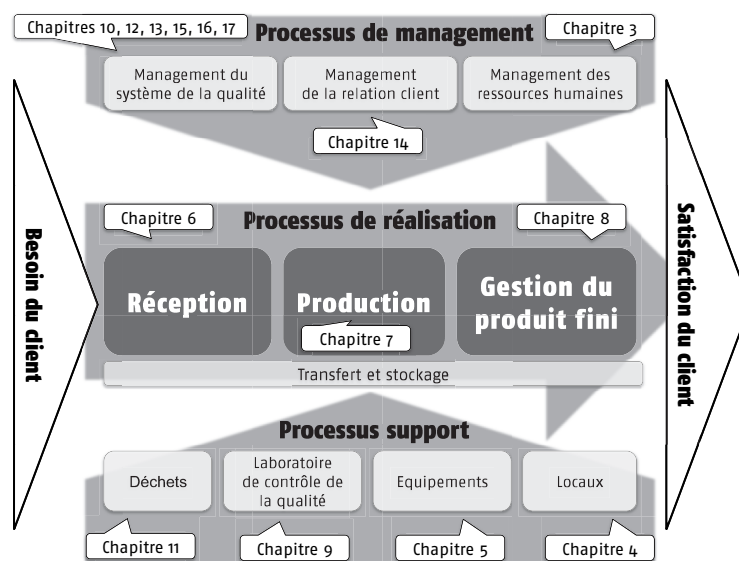


FIGURE 1 : Cartographie des processus-métier appliquée à l'ISO 22716 [5]

1) Introduction

En 2010, 219 effets indésirables liés à l'utilisation de produits cosmétiques ont été déclarés à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) [1]. Dans l'objectif de réduire toujours plus ce nombre, le fait de garantir la qualité et l'innocuité des produits cosmétiques aux consommateurs est un élément d'une importance croissante pour les acteurs du secteur cosmétique. De plus, les Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF), récemment codifiées par une norme internationale l'ISO 22716 [2], deviennent aussi un critère concurrentiel pour les marques. En effet, alors que certaines sont d'ores et déjà bien engagées dans la démarche BPF, d'autres devront s'y soumettre rapidement puisqu'à partir du 11 Juillet 2013 l'application des BPF, selon la norme ISO 22716, sera rendue obligatoire (règlement européen CE-N°1223/2009 [3]). Etablie par le Comité Technique ISO «Cosmétiques », la norme vise d'une part, à garantir que les produits cosmétiques sont fabriqués, conditionnés, contrôlés et stockés selon des mesures adaptées à leur utilisation, à leur spécificité et d'autre part, à améliorer la gestion des facteurs humains, techniques et administratifs, eux aussi liés à la qualité du produit [4].

L'objectif du projet présenté dans cet article est de favoriser l'application de la norme ISO 22716 par le développement d'un outil d'autodiagnostic « terrain » qui aidera les acteurs du secteur cosmétique

à la mesure de leur situation initiale, à l'identification des axes prioritaires d'amélioration et à la mesure des progrès accomplis progressivement sur l'application des BPF.

2) Des exigences de la norme aux processus-métier

Dans l'objectif de rendre la norme ISO 22716 plus facile à appliquer, une méthode permettant de synthétiser les exigences a été adoptée :

- Extraction et reformulation simplifiée des exigences de la norme,
- Regroupement des reformulations par processus-métier définissant ainsi des standards (phrase regroupant plusieurs exigences).

L'application de cette méthodologie a réduit les 110 exigences de la norme à 60 standards [5].

Après l'obtention de 60 standards, l'approche processus-métier a été appliquée (Figure1) :

- Elle permet d'avoir une vision globale allant du management au terrain ;
- Elle favorise l'application de la norme grâce à un découpage métier plus logique ;
- Elle est exhaustive et permet d'être conforme à la norme ISO 22716 ;
- Elle permet l'audit d'une partie du processus ;

PROCESSUS SUPPORT		Evaluations
Locaux Chapitre 4 : Locaux	Les locaux sont adaptés aux activités et périodiquement entretenus.	Plutôt Faux
	Les flux humains et de matières sont identifiés.	Plutôt Vrai
	Les anciennes et les nouvelles constructions sont adaptées aux activités et sont facilement entretenables.	Vrai
	Le personnel a accès à des vestiaires, toilettes régulièrement nettoyées et distinctes des zones de production.	Faux
	L'éclairage est adapté à l'activité et ne doit pas créer de zone d'ombre.	Vrai
	Les locaux sont ventilés de façon à ne pas nuire aux opérations de production.	Plutôt Vrai
	Les conduits sont facilement nettoyables et évitent les contaminations.	Plutôt Vrai
	Les tâches de nettoyage sont planifiées et effectuées selon des procédures par du personnel qualifié.	Plutôt Faux
	Les consommables utilisés pour les locaux et pour les équipements n'affectent pas la qualité des produits.	Plutôt Vrai
Un plan est défini pour éviter l'intrusion des nuisibles.	Plutôt Vrai	

FIGURE 2: Extrait de la grille d'autodiagnostic appliquée à l'ISO 22716 [5]

- Elle permet de satisfaire chaque évaluateur en lui fournissant des résultats et par processus et par chapitre.

La figure 1, représentant l'ensemble des processus de l'entreprise, fait émerger trois « méta-processus » :

- Les Processus de management (management du système de la qualité, management de la relation client et management des ressources humaines) permettent d'orienter et d'assurer la cohérence des processus de réalisation et de support. Ils permettent la gestion de l'organisation et l'amélioration de la qualité produit et de la satisfaction du client.
- Les Processus de réalisation du produit (réception, production et gestion du produit fini) contribuent directement à la réalisation du produit. Ils regroupent les activités opérationnelles permettant l'obtention du produit fini.
- Les Processus supports (déchets, équipements, locaux, laboratoire de contrôle de la qualité) contribuent au bon déroulement des processus de réalisation et des processus de management en apportant notamment les moyens nécessaires.

Le passage des exigences de la norme à une approche processus-métier en standards permet d'être en cohérence avec le « terrain » et donc de favoriser l'application de l'ISO 22716 grâce à une lecture rapide et simplifiée de la norme.

3) Outil d'autodiagnostic pour la mise en œuvre de l'ISO 22716

Pour répondre aux besoins d'application de la norme, l'outil développé se doit d'être ergonomique, accessible et simple d'utilisation. Cela a été réalisé via un tableur Excel® comprenant plusieurs onglets dont voici les principaux :

- Le contexte et les précautions d'emploi,
- La grille d'autodiagnostic,
- Les tableaux de synthèse,
- Les graphiques représentant les scores obtenus.

L'onglet « Grille d'autodiagnostic » comprend les 60 standards dont l'évaluation est réalisée en sélectionnant un état de réalisation parmi une liste (Figure 2) :

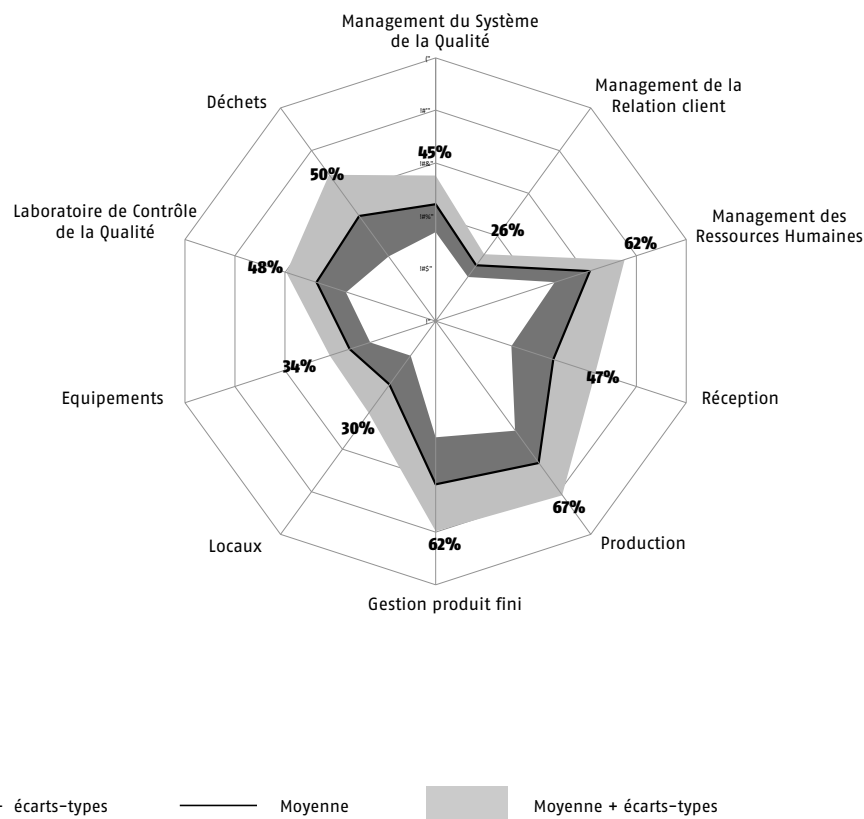


FIGURE 3 : Résultats par processus-métier de l'autodiagnostic appliqué à la norme ISO 22716 [5]

- Faux (l'action n'est jamais réalisée) : 0%,
- Plutôt faux (l'action est partiellement réalisée) : 33%,
- Plutôt vrai (l'action est réalisée) : 66%,
- Vrai (l'action est réalisée et documentée) : 100%.

Il est aussi possible d'annoter et de conserver les différentes remarques et observations faites lors de l'autodiagnostic.

De plus, l'outil est automatisé c'est-à-dire qu'il fournit à l'évaluateur en fin de diagnostic plusieurs scores (moyenne, moyenne + écart-type et moyenne - écart-type) sans qu'il ait besoin d'effectuer un seul calcul. Lorsqu'un autodiagnostic est réalisé au même moment par des évaluateurs différents, les résultats peuvent être différents. Afin de pallier au risque « d'évaluateur-dépendance » [6], l'outil développé propose la réalisation et la sauvegarde des résultats jusqu'à 6 évaluateurs différents. Ainsi, il est rendu possible la confrontation des différents points de vue matérialisés par les écarts-types

(Figures 3 & 4). Ceci est intéressant car tout en obtenant des résultats plus fiables et robustes, cela favorise le consensus et crédibilise les actions qui seront mises en place par la suite.

A l'issue de l'autodiagnostic, les scores sont affichés dans deux graphiques de synthèse : le premier fait état des scores obtenus par processus (Figure 3) et donne à l'évaluateur une vision métier directe, le second, fait lui état des scores obtenus par chapitre de la norme ISO 22716 (Figure 4) et permet une vision directe sur les niveaux de conformité.

Ces graphiques permettent aussi d'identifier en un coup d'œil les axes d'amélioration en réponse aux interrogations suivantes : Quels sont les scores les plus bas ? Quels sont les scores les plus dispersés ? Pourquoi ? Afin de recueillir ces observations ainsi que les premières pistes d'amélioration, un encart pour spécifier des plans d'action est intégré dans les onglets « Scores » de l'outil d'autodiagnostic.

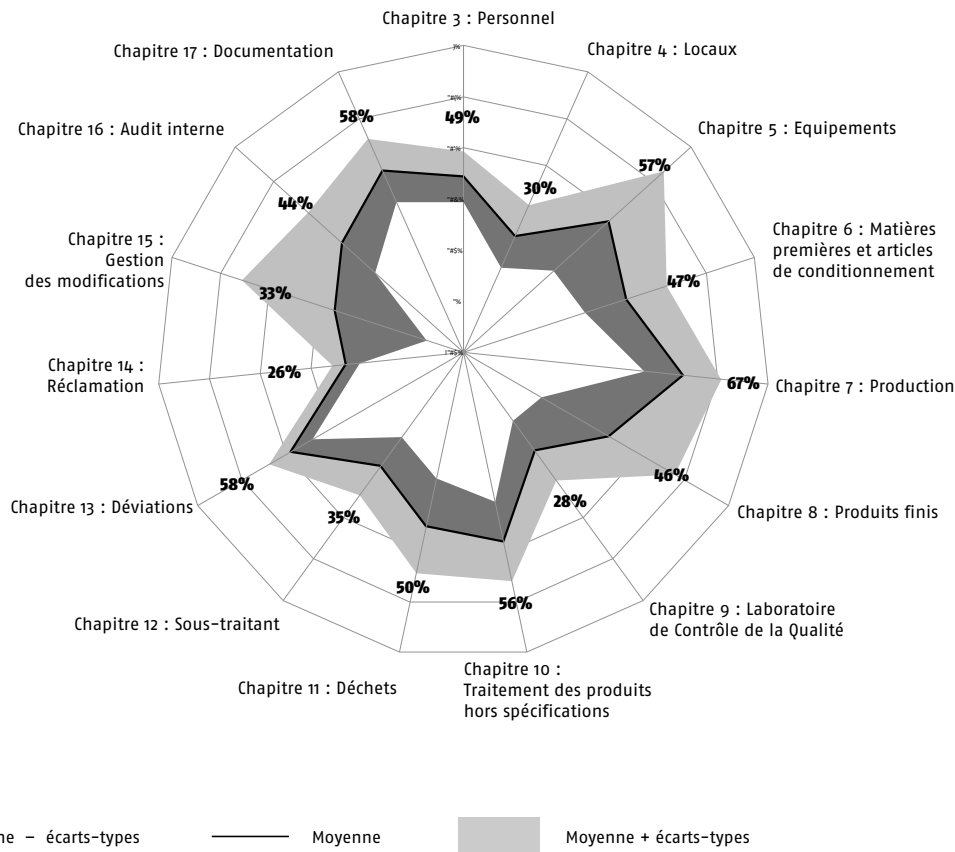


FIGURE 4 : Même situation que la figure 3 dont les résultats sont présentés par chapitre de la norme ISO 22716 [5]

Conclusion

La norme ISO 22716 relative aux Bonnes Pratiques de Fabrication des produits cosmétiques est le premier référentiel international de fabrication des produits cosmétiques dont l'application en Europe sera obligatoire en juillet 2013.

Pour favoriser l'application de cette norme et aider les acteurs du secteur cosmétique à assurer la qualité et l'innocuité de leurs produits, un outil d'auto-diagnostic gratuit, facile et rapide d'utilisation est mis à disposition sur internet [5]. L'utilisation de cet outil permet à court terme, d'évaluer le taux d'application des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) à un moment donné et d'identifier clairement les axes d'amélioration au choix par processus-métier ou par chapitre de la norme. A long terme, il permet d'améliorer l'homogénéité des processus, d'augmenter l'efficacité de l'organisation et d'imposer une démarche de traçabilité au sein des différents

sites de production. Enfin, la mise en place de l'ISO 22716 est une action de diminution des risques d'effets indésirables en faveur de la santé des consommateurs, qui restent les bénéficiaires finaux.

Références bibliographiques

- [1] AFSSAPS, Cosmétovigilance : Bilan des effets indésirables déclarés à l'AFSSAPS en 2010, www.afssaps.fr, consulté le 10/01/2012.
- [2] EN NF ISO 22716, Cosmétiques Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) Lignes directrices relatives aux Bonnes Pratiques de Fabrication, Ed AFNOR, 2007, www.afnor.org.
- [3] Règlement (CE) No 1223/2009 du parlement européen et du conseil du 30 novembre 2009 relatif aux produits cosmétiques (refonte), Journal officiel de l'Union européenne, 22/12/2009, eur-lex.europa.eu, consulté le 15/10/11.

- [4] Note d'information sur les Cosmétiques – Bonnes Pratiques de Fabrication, Réseau Normalisation et Francophonie (RNF), www.lernf.org, consulté le 15/10/11.
- [5] Développement d'un outil d'autodiagnostic - Norme ISO 22716 relative aux Bonnes Pratiques de Fabrication des cosmétiques ; ABDOUH Sanaa, BERRIOT Flavien, HOU Jiachuan, PITHAN Frank, SCHAMBERGER Marine, Projet d'Intégration, Master Management de la Qualité (MQ) et Mastère Spécialisé Normalisation, Qualité, Certification, Essais (NQCE), UTC, 2011-2012, <http://www.utc.fr/master-qualite>, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 198.
- [6] Comment améliorer la confiance dans l'auto-diagnostic associé au Guide des Bonnes Pratiques Biomédicales ? V. ARFIB, C. DRIARD, F. HANOOMIE, M. PLANTEVIN, G. FARGES, IRBM News, 2008, Vol. 29, n° 2, pp 8-10.

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'auto-diagnostic
- Poster de synthèse

ELABORATION D'UN SYSTÈME DOCUMENTAIRE CONFORME AUX EXIGENCES DE LA NORME ISO 9001 POUR L'ASSOCIATION GRAINE DE QUALITÉ

Driss ELHOSNI, Pedro KAPKIN, Jinjia LIN, Brahim MRANI ALAOUI, Farba Sall NDEYE, Jean-Pierre CALISTE*, Gilbert FARGES*, Charles DUCHÊNE**

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email: master-qualite@utc.fr – Site web: www.utc.fr/master-qualite

*référénts : gilbert.farges@utc.fr ; jean-pierre.caliste@utc.fr

**association Graine de Qualité, <http://grainedequalite.doomby.com>

Résumé

Cet article décrit les étapes de création, pour l'association Graine de Qualité, d'un système documentaire répondant aux exigences de la norme ISO 9001. Cette association a pour activité, l'élaboration et la mise en place de solutions d'amélioration de la qualité des produits pharmaceutiques fabriqués dans les pays en voie de développement, ainsi que la maîtrise des risques liés au personnel. Le système documentaire mis en place repose sur une méthode complète, robuste, adaptable pour une structure à faible effectif. Cela passe par l'établissement d'une cartographie, la description des processus, l'identi-

fication des documents et enregistrements qualité et se base sur le chaînage de ces documents (master list) tout en garantissant l'intégrité du système documentaire.

Avec une telle approche, l'association dispose d'un système documentaire simple et qui peut faire l'objet d'une autodéclaration de conformité basée sur le référentiel ISO 17050.

MOTS-CLEFS

Association, management qualité, ISO 9001, ISO 17050

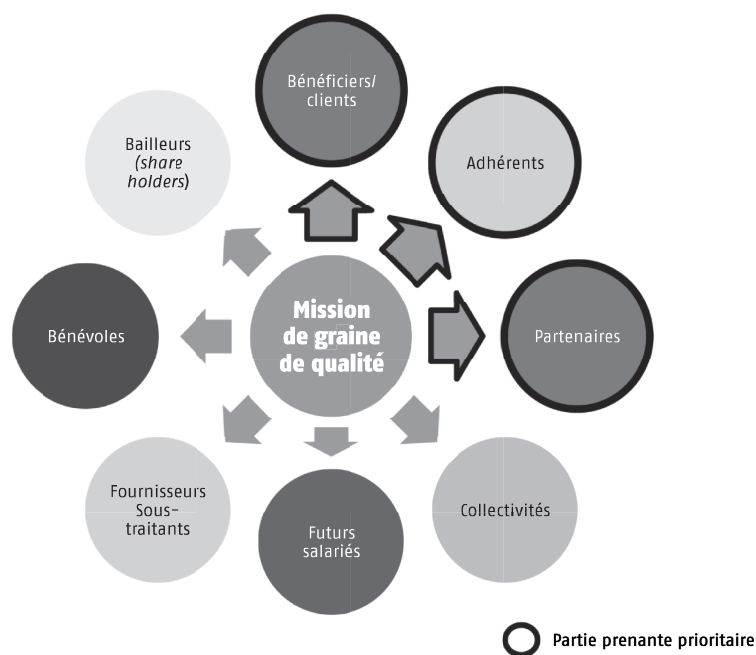


FIGURE 1: Parties prenante de l'association [1]

Abstract

This article describes the conception of a documentary system compliant with the ISO 9001 standard for the non-profit organization “Graine de Qualité”. Its missions are to design and implement quality improvement solutions for pharmaceutical product companies in developing countries and to improve the risk management related to personnel. This article presents a complete, robust and adaptable method of implementation of a documentary system for all organizations with very few staff. The methodology follows three steps, first the mapping of the process, second the detailed description of the activities and third the identification of the necessary documents and quality records. In order to optimize the documentary system, we propose to chain documents like the related processes in a continuous improvement cycle.

That can open the way to a self-declaration of conformity based on the ISO 17050 standard easier and cheaper to obtain than an ISO 9001 certification.

KEY WORDS

Non-profit organization, quality management, ISO 9001, ISO 17050

1) Contexte et enjeux

Graine de Qualité [2] est une association de loi 1901 œuvrant dans le domaine de la solidarité internationale. Créée par trois jeunes étudiants diplômés de Master, dont deux diplômés du Master Management de la Qualité de l'UTC, elle a pour but de soutenir un projet solidaire dans le domaine des industries de santé et d'améliorer le niveau de qualité des produits pharmaceutiques fabriqués dans les pays en voie de développement tout en maîtrisant les risques relatifs aux personnes.

Le projet consiste à créer un système documentaire [3] conforme à l'ISO 9001 [4] pour doter l'association d'une organisation robuste, gagner en crédibilité et favoriser ses relations avec ses futurs clients et partenaires. Cette démarche doit servir d'appui à une autodéclaration de conformité basée sur le référentiel ISO 17050 [5] (l'objectif de cette norme est de fournir des exigences générales pour la déclaration de conformité du fournisseur).

Le référentiel ISO 9001 fournit les exigences relatives à un système de management de la qualité pour une utilisation soit interne, soit à des fins contractuelles ou de certification. Il s'agit ainsi d'un

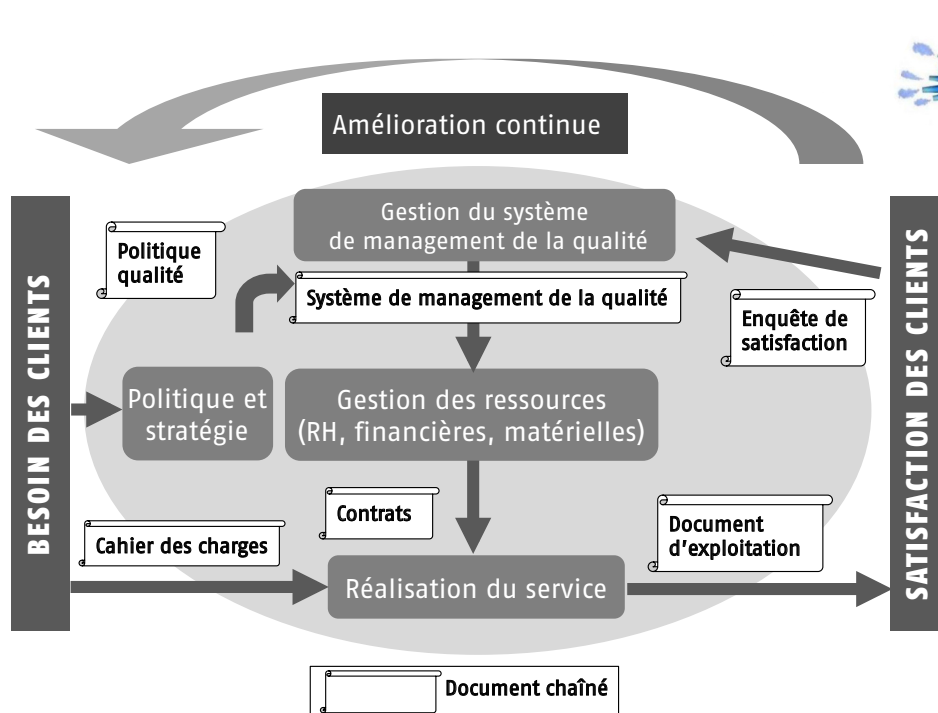


FIGURE 2 : Cartographie des processus [1]

ensemble d'exigences, que l'entité doit suivre afin de garantir l'efficacité de son système de management de la qualité.

L'enjeu de ce projet est de créer un système documentaire simple en rapport étroit avec l'activité et le faible effectif de l'organisation. Système documentaire qui devra par ailleurs inclure une politique qualité pertinente basée sur l'analyse de ses relations avec les différentes parties prenantes (figure 1) afin d'identifier celles qui ont un rôle essentiel (parties prenantes prioritaires) dans l'activité et le développement de l'association Graine de Qualité.

2) Méthodologie de construction du système documentaire

Dans le but d'avoir une vue globale du fonctionnement de l'association et avant de chercher à produire les documents exigés par l'ISO 9001, il est nécessaire d'établir une cartographie des processus (figure 2).

Cette cartographie montre que Graine de Qualité écoute ses parties prenantes pour élaborer la

politique, que cette politique est un élément d'entrée du pilotage du système de management de la qualité et que la réalisation du service est basée sur l'écoute et la définition de cahier des charges avec ses clients et sur l'allocation des ressources nécessaires.

Sur celle-ci apparaissent des documents exigés par l'ISO 9001 (politique qualité, manuel qualité ...), ainsi que ceux propres à l'association qui lui sont utiles (cahier des charges, documents d'exploitation ...).

Chaque processus peut être détaillé dans une fiche de description (figure 3) pour avoir une meilleure compréhension de l'activité de l'association. Cette fiche de description a pour objectif de documenter les caractéristiques du processus et d'apporter un complément d'information nécessaire à une compréhension la plus complète possible de son fonctionnement.

Sur chaque fiche de description sont indiqués : le nom du processus, le pilote du processus, les activités du processus, les éléments d'entrée et leurs fournisseurs, les éléments de sortie et leurs clients,

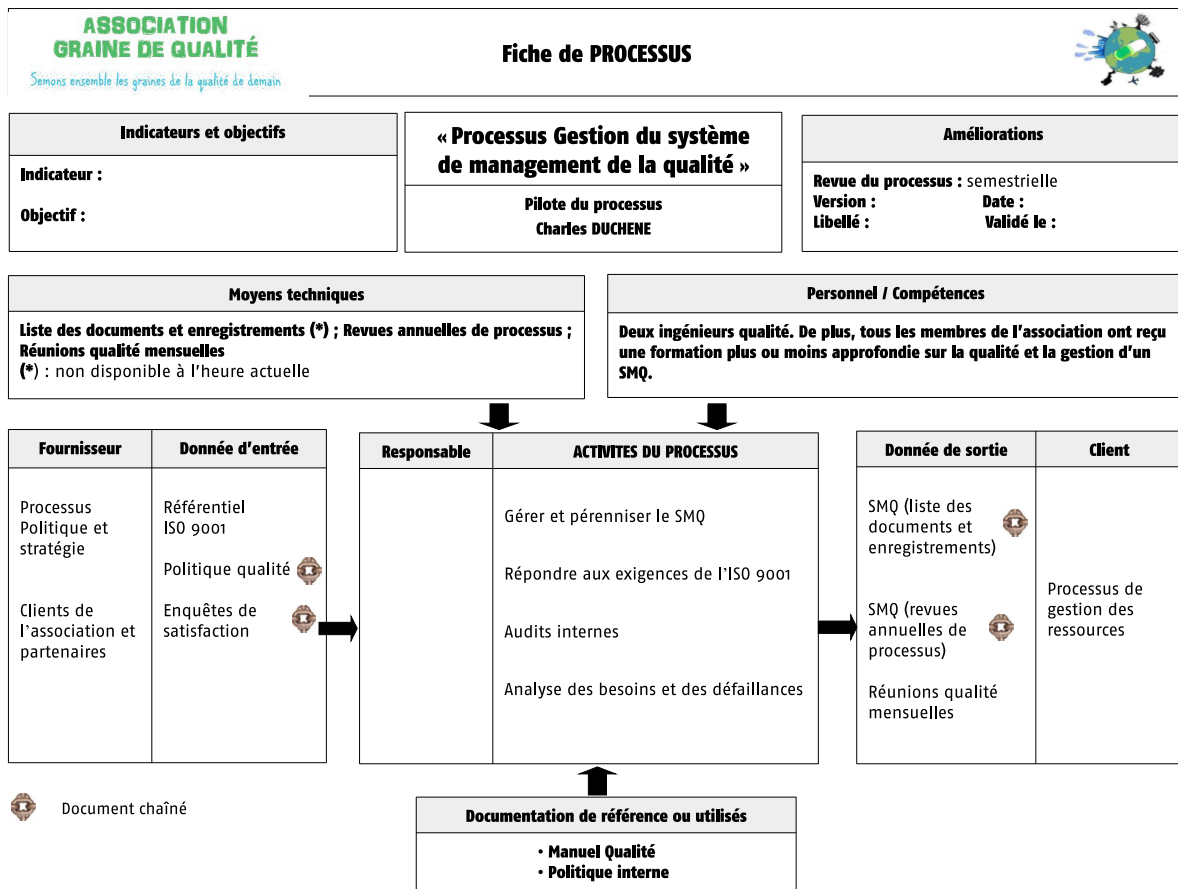


FIGURE 3 : Processus Gestion du Système de Management de la Qualité [1]

les moyens techniques, le personnel et compétences, les indicateurs, les objectifs et les améliorations apportées.

Ces fiches de description offrent la possibilité d'identifier les documents qualité et enregistrements à mettre en place. Ces derniers, pour une gestion efficace du système documentaire, sont répertoriés dans deux masters lists (liste officielle des documents et enregistrements en vigueur) : une master list enregistrements et une master list documents (figure 4).

Ces masters lists permettent de garantir la cohérence entre les documents créés et les processus de l'association. Il est également possible de faire figurer sur la cartographie les documents de base du système de management de la qualité (figure 2) et donc de faire apparaître leur chaînage.

3) Recommandations d'utilisation du système documentaire

La figure 5 représente l'ensemble des solutions adoptées pour prendre en considération les spécificités de Graine de Qualité.

Ces solutions à l'origine de la mise en place du système documentaire doivent être pérennes et nécessitent donc des revues et révisions. C'est ainsi qu'il faut pour :

La politique qualité :

- faire évoluer la politique qualité en fonction de l'évolution des parties prenantes (nouvelles parties ou modification des attentes)
- faire périodiquement (1fois par an) une revue des parties prenantes.

MASTER LIST QdQ ENREGISTREMENT													
TYPE	CODE	VERSION	NOM DOCUMENT	DATE	LOCALISATION		RESPONSABLE DE LA MISE A JOUR	RESPONSABLE DE LA REVISION	RESPONSABLE DE L'APPROBATION	TEMPS DE SAUVEGARDE		DISPOSITION FINALE	
					SUPPORT PHYSIQUE	SUPPORT MAGNETIQUE				ARCHIVES DE GESTION	ARCHIVES PASSIVES	E	H

FIGURE 4 : Figure 4: Master list documents [1]

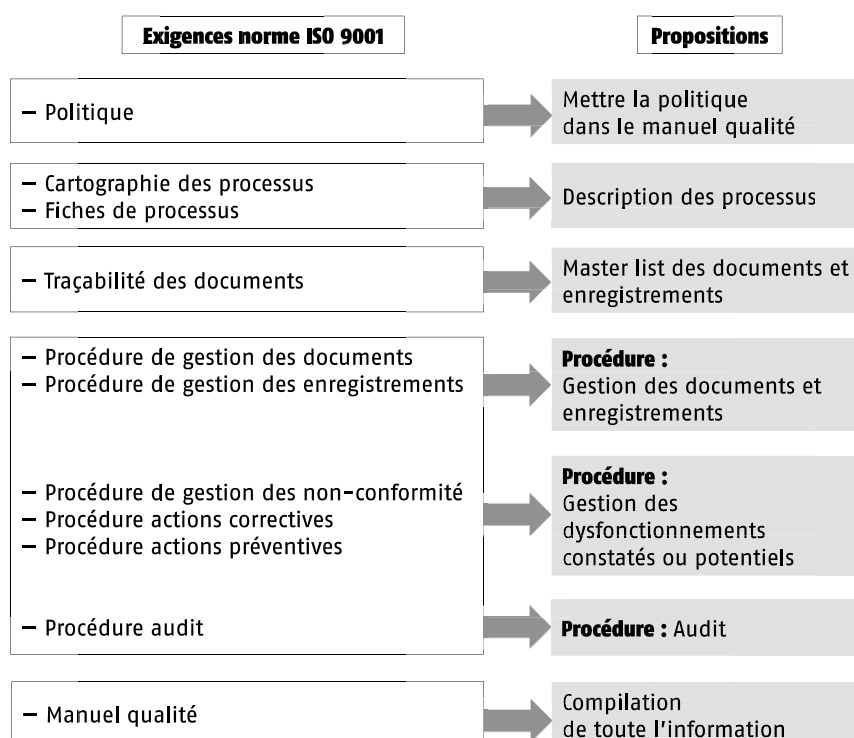


FIGURE 5 : Structure proposée d'un système documentaire compatible à l'ISO 9001 pour l'association graine de qualité [1]

La cartographie des processus :

- Faire régulièrement (1 fois par an) des revues de processus pour identifier les éventuelles modifications nécessaires.

Les masters lists :

- Les mettre régulièrement à jour à chaque évolution des documents ou des enregistrements.

Les procédures :

- faire évoluer les procédures en se basant sur les résultats d'audits.

Le manuel qualité :

- faire évoluer le manuel qualité en fonction de l'évolution du contexte de l'association.

Conclusion

Le système documentaire créé est relativement complet par rapport à l'ISO, en prenant en compte les activités propres de l'association Graine de Qualité et son faible effectif, il est également simple.

Il est cohérent parce qu'au niveau de la cartographie, les principaux documents sont bien présents et le chainage existe entre ces documents. De plus, il garantit l'intégrité documentaire grâce aux masters lists qui évitent l'oubli de documents. Les perspectives seraient d'informatiser ce système documentaire en créant un système web.

Références bibliographiques

- [1] Système documentaire ISO 9001 pour Graine de Qualité, ELHOSNI Driss, KAPKIN Pedro, LIN Jinjia, MRANI ALAOUI Brahim, DIOP Ndeye Farba, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, www.utc.fr/master-qualite, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n°203
- [2] Association Graine de Qualité, www.grainedequilite.doomby.com/, site consulté le 14/10/2011
- [3] ANTOINE A., Le système documentaire, www.canal-u.tv/, site consulté le 30/09/2011
- [4] NF EN ISO 9001, Systèmes de management de la qualité - Exigences, Ed AFNOR, novembre 2008, www.afnor.org
- [5] ISO/CEI 17050-1, Évaluation de la conformité — Déclaration de conformité du fournisseur, Ed Afnor, septembre 2011, www.afnor.org

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

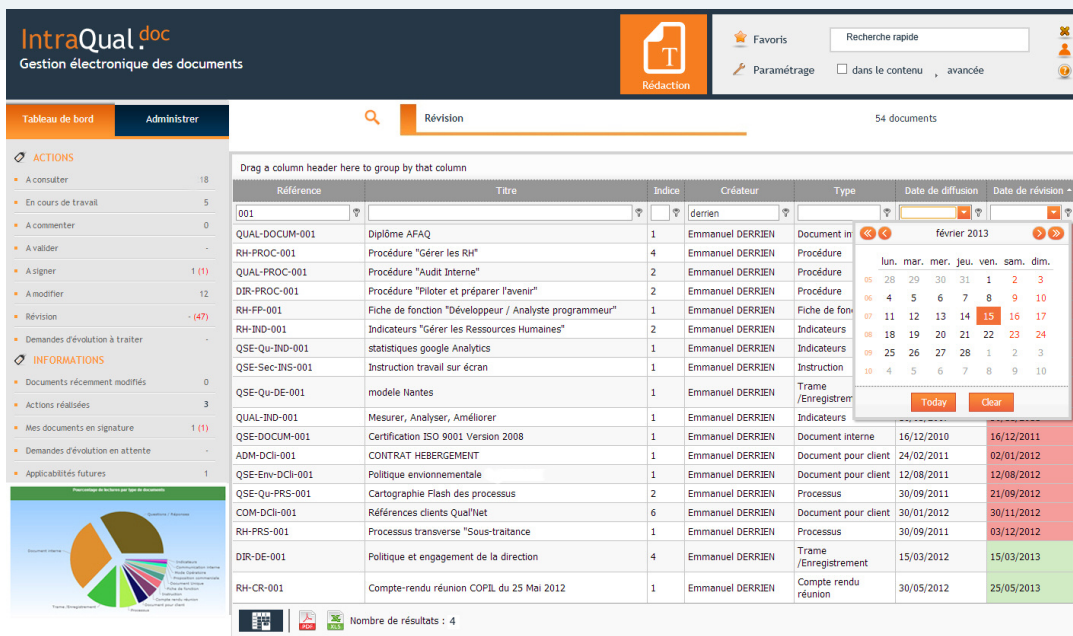
- Rapport d'étude complet
- Poster de synthèse

pour animer votre Gestion Documentaire



Un outil performant pour répondre à vos besoins de gestion documentaire !

QualNet vous propose un outil qui organise et gère l'ensemble des documents inhérents au fonctionnement de votre structure. Chaque collaborateur a accès simplement et à tout moment aux documents liés à ses activités et à ses processus.



IntraQual.doc
Gestion électronique des documents

Redaction

Favoris Recherche rapide

Paramétrage dans le contenu avancée

Tableau de bord Administrer

Revision 54 documents

Drag a column header here to group by that column

Référence	Titre	Indice	Créateur	Type	Date de diffusion	Date de révision
001			derrien			
QUAL-DOCUM-001	Diplôme AFAQ	1	Emmanuel DERRIEN	Document in		
RH-PROC-001	Procédure "Gérer les RH"	4	Emmanuel DERRIEN	Procédure		
QUAL-PROC-001	Procédure "Audit Interne"	2	Emmanuel DERRIEN	Procédure		
DIR-PROC-001	Procédure "Piloter et préparer l'avenir"	2	Emmanuel DERRIEN	Procédure	05 28 29 30 31 1 2 3	
RH-FP-001	Fiche de fonction "Développeur / Analyste programmeur"	1	Emmanuel DERRIEN	Fiche de fon	06 4 5 6 7 8 9 10	
RH-IND-001	Indicateurs "Gérer les Ressources Humaines"	2	Emmanuel DERRIEN	Indicateurs	07 11 12 13 14 15 16 17	
QSE-Qu-IND-001	statistiques google Analytics	1	Emmanuel DERRIEN	Indicateurs	08 18 19 20 21 22 23 24	
QSE-Sec-INS-001	Instruction travail sur écran	1	Emmanuel DERRIEN	Instruction	09 25 26 27 28 1 2 3	
QSE-Qu-DE-001	modele Nantes	1	Emmanuel DERRIEN	Trame /Enregistrem	10 4 5 6 7 8 9 10	
QUAL-IND-001	Mesurer, Analyser, Améliorer	1	Emmanuel DERRIEN	Indicateurs		
QSE-DOCUM-001	Certification ISO 9001 Version 2008	1	Emmanuel DERRIEN	Document interne	16/12/2010	16/12/2011
ADM-DCI-001	CONTRAT HEBERGEMENT	1	Emmanuel DERRIEN	Document pour client	24/02/2011	02/01/2012
QSE-Env-DCI-001	Politique environnementale	1	Emmanuel DERRIEN	Document pour client	12/08/2011	12/08/2012
QSE-Qu-FRS-001	Cartographie Flash des processus	2	Emmanuel DERRIEN	Processus	30/09/2011	21/09/2012
COM-DCI-001	Références clients QualNet	6	Emmanuel DERRIEN	Document pour client	30/01/2012	30/11/2012
RH-FRS-001	Processus transverse "Sous-traitance"	1	Emmanuel DERRIEN	Processus	30/09/2011	03/12/2012
DIR-DE-001	Politique et engagement de la direction	4	Emmanuel DERRIEN	Trame /Enregistrem	15/03/2012	15/03/2013
RH-CR-001	Compte-rendu réunion COPIL du 25 Mai 2012	1	Emmanuel DERRIEN	Compte rendu réunion	30/05/2012	25/05/2013

Nombre de résultats : 4

- | Paramétrez
- | Créez & Rédigez
- | Signez & Diffusez
- | Recherchez
- | Supervisez

“ Un outil à la fois simple, convivial et performant ”

Un client QualNet - Secteur agro-alimentaire

Contact

+33 (0)2 48 70 70 34
info@qualnet.fr

www.qualnet.fr

YouTube facebook viadeo



DÉVELOPPER UNE CULTURE D'AUTO- ÉVALUATION

L'approche factuelle qui est un des huit principes de la qualité cités par l'ISO 9001, conduit à conditionner l'action à l'obtention de données et d'informations qui doivent être analysées et exploitées. Il existe plusieurs façons de collecter données et informations, l'audit et l'autoévaluation en font partie. Toutes deux sont des processus qui pour un objectif et un périmètre donnés, vont chercher à dégager des éléments factuels au regard de critères. Ces éléments sont à la base de l'estimation d'écarts (audit) ou de niveaux de performance (autoévaluation). Ces pratiques largement répandues méritent cependant d'être mieux mises en œuvre dans les organisations et le développement d'outils spécifiques peut y contribuer.

Le premier article présente un guide des bonnes pratiques de l'audit interne. En effet, une démarche d'audit interne mal menée peut avoir des conséquences néfastes pouvant entraîner une perte de temps considérable, un climat détestable, une démotivation des acteurs. Bien que de nombreux ouvrages existent sur le sujet, il est apparu utile de développer un guide pragmatique permettant une mise en œuvre simplifiée de l'audit.

Le second article part du constat, dressé suite à une enquête, que ce sont à l'unanimité des grandes entreprises qui portent une attention marquée aux bonnes pratiques de management, et qu'assez peu de PME (voire de TPE) se sentent concernées par cette problématique. Partant des chapitres de l'ISO 9001, des bonnes pratiques de management ont été identifiées, répertoriées sous forme d'un guide et un outil d'autoévaluation a été développé pour permettre à une PME d'identifier ses points forts et ses axes d'amélioration.

Le troisième article cherche à promouvoir la pratique de l'autoévaluation dans les administrations publiques et propose, dans ce but, des outils d'aide basés sur le CAF (Cadre d'auto-évaluation des Fonctions publiques), base d'un management par la qualité totale, inspiré du modèle d'excellence de la Fondation Européenne pour la gestion par la qualité (EFQM®).

Enfin, le quatrième article revient sur la problématique de la mise en œuvre de l'autoévaluation grâce à de bonnes pratiques. Partant du constat que d'une entreprise à une autre une même pratique peut être judicieuse ou au contraire contre productive, il propose un outil de diagnostic basé sur l'analyse des risques permettant de classer les pratiques quant à la pertinence de leur mise en œuvre au regard du contexte spécifique de l'entreprise.

RÉALISATION D'UN GUIDE DE BONNES PRATIQUES DE L'AUDIT INTERNE

**Julien BOULANGER, Florine ETIEN, Geoffrey NEPOTE, Bassem ZAIDI,
Gilbert FARGES, Jean-Pierre CALISTE***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité - Tél : +33 (0)3 44 23 44 23

Email : master-qualite@utc.fr - Site web : www.utc.fr/master-qualite

*réfèrent : jean-pierre.caliste@utc.fr

Résumé

Cet article présente un guide des bonnes pratiques de l'audit interne. En effet, une démarche d'audit interne mal menée peut avoir des conséquences néfastes pouvant entraîner une perte de temps considérable, un climat détestable, une démotivation des acteurs. Bien que de nombreux ouvrages existent sur le sujet, il est apparu utile de développer un guide pragmatique permettant une mise en œuvre simplifiée de l'audit. Ce travail a permis de regrouper les bonnes pratiques en cinq catégories permettant de dépasser le contexte de la norme ISO 19011 et d'adopter une approche plus intuitive. Le guide permet la réalisation d'une évaluation en répondant à environ 125 questions, il se présente sous forme d'un fichier Excel© automatisé réunissant un outil d'autodiagnostic et des fiches d'aide à l'audit interne.

MOTS-CLEFS

Audit interne, bonnes pratiques, autoévaluation, grille d'autoévaluation

Abstract

This article presents a guide on good practices for internal auditing. In fact, an internal audit poorly conducted can have negative consequences that could lead to considerable loss of time, a hateful climate and a demotivation of actors. Although, many books exist on the subject, it seems useful to develop a pragmatic guide for simplified implementation of the internal audit. This work has combined the best practices in five categories to exceed the context of ISO 19011 and adopt a more intuitive approach. The guide allows the realization of an assessment by answering about 125 questions, it is in the form of an Excel© file involving a self-diagnostic tool and help sheets for internal audit

KEY WORDS

Internal audit, good practices, self-assessment, self-assessment grid

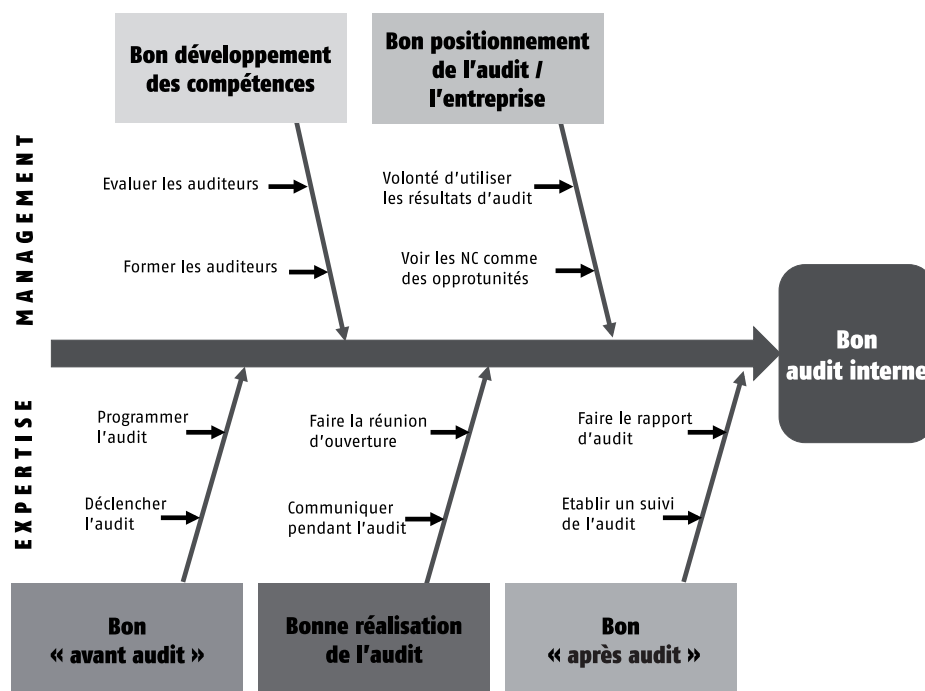


FIGURE 1: Diagramme de répartition des bonnes pratiques de l'audit interne [11]

1) Contexte et enjeux

Une démarche d'audit interne mal menée peut avoir des conséquences néfastes pouvant entraîner une perte de temps considérable, un climat détestable, une démotivation des acteurs, et par conséquent une perte d'argent. Partant de ce constat, pouvoir prendre connaissance de bonnes pratiques de l'audit interne ou s'y comparer, correspond à une attente à laquelle le guide des bonnes pratiques de l'audit interne peut ou doit apporter une réponse pragmatique [1, 2].

L'audit interne est un élément clé du système de management de la qualité puisqu'il permet de faire le point sur la situation de l'entreprise et de déterminer des pistes de progrès. Celles-ci guident l'entreprise dans la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la performance.

De plus, les entreprises ayant une démarche qualité, basée sur la norme ISO 9001, sont tenues d'avoir une ou des procédures quant à la réalisation des audits internes. Cependant cette norme ne fournit aucun

élément concret pour réaliser ces audits internes, tout en faisant référence (dans sa version 2008) à la norme ISO 19011 sur le fonctionnement de l'audit.

Ces normes nécessitent une maîtrise des concepts de base de la qualité et du vocabulaire qui n'est pas toujours présente dans les entreprises. Ernst & Young, spécialisé en Audit, Conseil, Droit, Fiscalité et Transactions a réalisé une étude concernant les pratiques de l'audit interne, au printemps 2007, au près des plus grands groupes mondiaux. Celle-ci révèle que seulement 46% des entreprises interrogées définissent un plan d'actions suite à un audit interne. Elle permet, aussi, de constater que les efforts de formation sont limités, puisque parmi les 57% des entreprises qui ont formalisé des plans de formation, la moitié ne consacre pas plus de quarante heures à la formation des auditeurs dans l'année. Elle dresse un bilan qui révèle qu'à peine 20% des entreprises interrogées parviennent à honorer entièrement leur plan d'audit annuel, et que neuf entreprises sur dix en France ont recours à des prestataires externes en complément de leurs ressources internes [1 à 3].

Bon développement des compétences	
Evaluer les compétences des auditeurs	Cotation
Etes-vous sujet à des réévaluations des compétences au cours de votre carrière ?	
Pensez-vous que la pratique d'audits contribue à l'amélioration des compétences ?	
Procédez-vous à un contrôle par des évaluations pratiques sur vos aptitudes à mener un audit ?	
Faites-vous l'objet d'une évaluation d'expérience avant de passer un audit ?	
Procédez-vous au suivi d'évaluations pratiques de mise en situation d'audit ?	
Evaluer les connaissances des auditeurs	Cotation
Procédez-vous à un contrôle de vos connaissances et aptitudes ?	
Pouvez-vous vous confronter à des tests de vérification des connaissances organisés par l'organisme ?	
Pouvez-vous passer des évaluations de vos connaissances au cours de votre carrière professionnelle prouvant que vos connaissances évoluent ?	

FIGURE 2 : Extrait du questionnaire des bonnes pratiques de l'audit interne [11]

2) Problématique suivie

De nombreux ouvrages existent sur le sujet, cependant ceux-ci manquent généralement du pragmatisme permettant une mise en œuvre simple de l'audit. Il existe donc un réel besoin pour un guide des bonnes pratiques de l'audit interne qui doit être compréhensible et fonctionnel, tout en étant le plus complet possible afin de proposer un large choix de bonnes pratiques.

Ce guide doit se différencier des ouvrages existants sur le sujet et qui abordent, eux aussi, la problématique des bonnes pratiques mais sous formes de listes qui ne facilitent ni la compréhension ni l'usage. Enfin tout en étant généraliste, il doit être adaptable à tout domaine d'activité et satisfaire des besoins plus spécifiques [4 à 10].

3) Le guide des bonnes pratiques de l'audit interne

Pour répondre à la nécessité de réaliser de « bons audits internes », le guide regroupe les bonnes pra-

tiques par affinités en cinq catégories permettant de sortir du contexte de la norme ISO 19011 et de s'adapter le plus possible à l'approche plus intuitive des utilisateurs.

Chaque catégorie de la figure 1 réfère à un chapitre du guide des bonnes pratiques de l'audit interne. Chacune de ces cinq branches est détaillée en plusieurs regroupements de bonnes pratiques.

Le guide est basé sur un questionnaire, une visualisation des résultats, et fournit des fiches pratiques utiles à la compréhension et à la mise en œuvre des audits internes.

LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire permet à l'utilisateur d'évaluer ses pratiques et de s'interroger par rapport aux bonnes pratiques proposées. Chaque question présente dans le guide est formulée à partir d'une bonne pratique (le COMMENT) plutôt que sur le résultat (le QUOI). Ces questions sont basées sur des verbes incitant à la réflexion [4 à 10].

La figure 2 représente un extrait du questionnaire des bonnes pratiques, celui relatif à la catégorie « bon développement des compétences ». Les deux sous-catégories présentées font référence à des fiches pratiques permettant d'approfondir ces points. Ces sous-catégories regroupent des bonnes pratiques, qui sont évaluables, indépendamment les unes des autres, par un système de cotation pré-défini lors de l'élaboration du guide.

INTERACTIVITÉ DU GUIDE

Le guide des bonnes pratiques a été développé à partir d'un fichier Excel© automatisé. La navigation, entre les différents éléments composant le guide, se fait à l'aide de boutons cliquables.

D'un point de vue ergonomique et fonctionnel, l'utilisateur du guide n'a pas à intervenir dans le calcul ni dans la représentation des résultats. La sélection d'une réponse faite à l'aide d'un menu déroulant permet de sélectionner une réponse conduisant à une quantification automatique.

SYSTÈME DE COTATION CHOISI

La quantification est basée sur un système de cotation permettant à chaque utilisateur du guide de nuancer sa réponse. L'utilisateur a le choix entre quatre propositions relatives à la mise en œuvre de chaque bonne pratique : « tout le temps » : 100 ; « souvent » : 70 ; « quelques fois » : 30 ; « jamais » : 0.

Le choix de la cotation est volontairement non proportionnel afin de valoriser la recherche du progrès et de l'amélioration.

Comme toute cotation, elle peut évoluer dans le temps pour s'adapter au besoin d'une organisation atteignant d'excellents résultats pour qu'elle puisse continuer à s'inscrire dans une dynamique de progrès.

REPRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dès qu'une catégorie est renseignée, il est possible de visualiser les résultats de l'évaluation. Ce qui permet de juger de la situation et du degré d'application des bonnes pratiques.

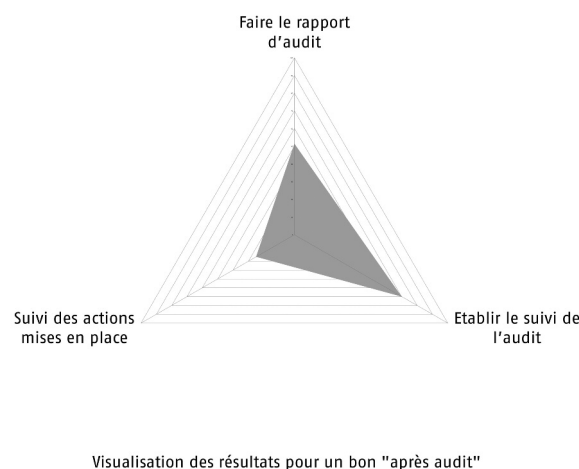


FIGURE 3 : Diagramme représentant les résultats d'une catégorie du questionnaire [11]

A titre d'exemple, la figure 3 permet de se rendre compte rapidement des sous-catégories (Faire le rapport d'audit, Etablir le suivi de l'audit et Suivi des actions mises en place) à améliorer pour mener à bien « l'après audit ».

REPRÉSENTATION DES FICHES PRATIQUES

Au-delà du questionnement sur les bonnes pratiques de l'audit interne, pour faciliter la compréhension de certains points importants, des fiches pratiques sont mises à disposition des utilisateurs. Ces fiches synthétisent au mieux des procédures ou autres phases de l'audit interne.

Il existe également une fiche glossaire synthétisant et vulgarisant les mots clés de l'audit interne. Les utilisateurs peuvent s'y reporter en cas d'incompréhension d'une étape ou d'une bonne pratique de l'audit interne [7 à 10].

Conclusion

Le guide des bonnes pratiques s'adresse à toutes les personnes, y compris les professionnels, souhaitant évaluer leurs capacités à réaliser d'une façon profitable un audit interne.

Il se présente sous forme d'un fichier Excel® automatisé réunissant un outil d'autodiagnostic et des fiches d'aide à l'audit interne. Il est téléchargeable gratuitement sur internet [11].

Fiche pratique REALISATION DE LA REUNION DE CLOTURE
La réunion de clôture de l'audit interne devra comporter les différents point suivants :
Réunion au préalable entre les membres de l'équipe d'audit
<ul style="list-style-type: none"> - Revoir les constats recueillis pendant l'audit - Préparer une liste complète des constats de l'audit - S'accorder sur les écarts constatés et les qualifier - S'accorder sur les conclusions de l'audit - Définir les rôles et les tâches pour la réunion de clôture - Préparer des recommandations - Discuter des actions de suivi d'audits ultérieurs si nécessaire
Composition de la réunion de clôture
<ul style="list-style-type: none"> - Le responsable de l'équipe d'audit sera chargé de cette réunion - Les audités et leur hiérarchie doivent être conviés - Rappeler l'objectif de l'audit et son déroulement prévu - Présenter les écarts constatés et permettre leur levée - Présenter un compte rendu conclusions d'audit sans remise en question - Résoudre ou faire le constats de toutes les divergences d'opinion - Présentation des observations de l'audit
Quelques clés pour le bon déroulement de la réunion
<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un mode impersonnel - Ne pas remettre en question la direction devant ses collaborateurs - Ne pas juger la compétence des individus - Eviter l'effet de surprise dans la présentation des résultats - L'auditeur ne doit pas intervenir dans la recherche des pistes de progrès

FIGURE 4: Extrait d'une fiche pratique pour l'audit interne [11]

Un onglet permet de réaliser rapidement une évaluation en répondant à environ 125 questions. Les résultats s'affichent immédiatement sous forme de graphes radar pour les 5 composantes de l'audit interne (compétences, positionnement, avant-pendant et après l'audit), soit de manière globale synthétique, soit de façon détaillée.

Un ensemble de 12 fiches d'aide au processus d'audit sont également fournies dans le fichier, via des onglets dédiés.

Les évaluations et les fiches d'aide font de cet outil très simple d'emploi, un guide des bonnes pratiques de l'audit interne véritablement complet et auto-porteur dans son usage.

De nombreux utilisateurs peuvent en profiter pour contribuer à un usage efficient des audits internes.

Références bibliographiques

- [1] Ernst & Young – les pratiques de l'audit interne dans les groupes mondiaux et les spécificités françaises, www.ey.com, site consulté le 27/10/08
- [2] IFACI – Résultats d'enquête sur la pratique de l'audit interne en France en 2005. Disponible sur www.ifaci.com, site consulté le 03/12/08
- [3] IFACI – Etude comparative de l'audit interne en février 2005, www.ifaci.com, site consulté le 05/11/08
- [4] NF EN ISO 9000 Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire, Edition AFNOR, www.afnor.org, octobre 2005
- [5] NF EN ISO 19011 Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental, Edition AFNOR, www.afnor.org, octobre 2002

- [6] NF EN ISO 9001 Systèmes de management de la qualité – Exigences, Ed. AFNOR, www.afnor.org, novembre 2008
- [7] Les nouvelles pratiques de l'audit qualité interne, Krebs G. et Mougin Y., Edition AFNOR 2005 – ISBN : 2-12-465074-2
- [8] Auditer l'éthique et la qualité : pour un développement durable, Jean Luc Joing, Edition AFNOR 2002 – ISBN : 2-12-465070-X
- [9] Audit interne: ce qui fait débat; Jacques Renard, Edition Maxima, 2003 – ISBN : 2840013177
- [10] Mieux piloter et mieux utiliser l'audit: l'apport de l'audit aux entreprises et aux organisations – Etienne Barbier, Edition Maxima 1999, ISBN : 2840011913
- [11] Guide des bonnes pratiques de l'audit interne, BOULANGER Julien, ETIEN Florine, NEPOTE Geoffrey, ZAIDI Bassem, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2008-2009, www.utc.fr/master-qualite, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n°79

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'auto-diagnostic
- Poster de synthèse

DÉMARCHE DE BONNES PRATIQUES DE MANAGEMENT : UNE MÉTHODE ET UN OUTIL

Magali SZUBICKI, Amel MEKNACI, Gilbert FARGES*, Jean-Pierre CALISTE*

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couffolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email: master-qualite@utc.fr – Site web: www.utc.fr/master-qualite

*référénts : gilbert.farges@utc.fr ; jean-pierre.caliste@utc.fr

Résumé

Il ressort d'un constat, dressé suite à une enquête, que ce sont les grandes entreprises qui développent des initiatives de diffusion des bonnes pratiques de management et que peu de PME (voire de TPE) se sentent concernées par cette problématique car confrontées à la problématique des ressources et du temps nécessaires à la mise en œuvre d'un référentiel de management ou des meilleures pratiques. Partant des chapitres de l'ISO 9001, des bonnes pratiques de management ont été identifiées, répertoriées et structurées sous la forme d'un guide et d'un outil d'autoévaluation.

MOTS-CLEFS

Référentiel de bonnes pratiques de management, autoévaluation.

Abstract

It appears from a statement prepared after an investigation, that only large companies develop initiatives to disseminate good management practices and that few SMEs (or TPE) feel concerned by this problem according to the weakness of their resources and time required for implementing a repository of best practices of management. Starting from chapters of ISO 9001, good management practices have been identified, indexed and structured in the form of a guide and a self-assessment tool.

KEY WORDS

Good management practices repository, self-assessment.

1) Contexte et enjeux d'une démarche de bonnes pratiques de management

Chaque année se déroule, à l'Université de Technologie de Compiègne, un salon professionnel organisé par le bureau des étudiants : le COMUTEC [1]. Lors de ce rassemblement en 2008, une enquête [2] a été réalisée auprès de 21 entreprises pour sonder le nombre et le type d'organismes ayant une démarche spécifique de bonnes pratiques de management. Le management est défini par l'ISO 9000 comme un ensemble d'activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme [3].

Les constats dressés suite à l'enquête révèlent que ce sont à l'unanimité des grandes entreprises qui favorisent l'efficacité des bonnes pratiques de management, et assez peu les Petites et Moyennes Entreprises ou les Très Petites Entreprises (PME-TPE, officiellement définies comme des entreprises indépendantes ayant moins de 250 salariés [4]). Elles ont pourtant des atouts considérables dans ce domaine, de part leur taille, leur souplesse de fonctionnement et les contacts étroits qu'entretiennent les hommes entre eux sur le terrain. Ce sont les premières créatrices d'emplois et de richesse, elles occupent deux tiers des emplois et produisent plus de la moitié du PIB national. Par contre l'INSEE montre qu'environ 34 % des PME-TPE ne survivent pas au-delà de 3 ans après leur création [5]. Dans ce contexte économique, il semble indispensable pour les PME-TPE d'augmenter leur performance globale, éventuellement par la mise en œuvre de bonnes pratiques de management, grâce à des méthodes et outils visant à répondre à plusieurs enjeux :

- assurer la pérennité, la croissance des PME-TPE,
- améliorer leur adaptabilité face à l'évolution rapide du marché,
- accroître leur compétitivité.

Ces PME-TPE sont confrontées à la problématique de ressources, de temps, notamment face à un flux actuel abondant d'informations. Il existe de nombreux référentiels sur le management ou les meilleures pratiques [6 à 11]. Ils induisent cependant une lourde charge de travail en analyse et en synthèse pour leur mise en œuvre car il ne semble pas exis-

ter de moyens opérationnels et concrets pour leur application sur le terrain.

Les principales fonctions pour un tel outil seraient :

- rendre accessibles les bonnes pratiques de management et faciliter leur mise en œuvre,
- permettre la mesure initiale de la situation,
- identifier les points d'amélioration,
- visualiser les progrès.

2) Méthode de résolution

Pour identifier les bonnes pratiques de management, des documents existent :

- plusieurs expériences réussies transposées en modèles basés sur l'accord de l'AFNOR AC X50-200 « Systèmes de management intégré, bonnes pratiques et retours d'expériences » [7],
- plusieurs pratiques interprétées, basées sur le fascicule de l'AFNOR FD X50-195 « Lignes directrices pour le management d'un organisme » [6].

Une synthèse de leurs recommandations peuvent servir de base aux bonnes pratiques de management, en cohérence avec les fondamentaux de la norme ISO 9001 [8]. Au-delà de l'efficacité, qui consiste à atteindre des résultats escomptés, ces bonnes pratiques invitent également les organismes à s'intéresser au rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées, c'est-à-dire à l'efficacité de leur système [3].

Il ne s'agit pas d'un audit de conformité par rapport aux fascicules de l'AFNOR mais de bonnes pratiques interprétées à partir de ces référentiels.

La méthode de résolution employée passe par la réalisation d'un guide de synthèse qui s'articule en 4 volets principaux (figure 1), eux-mêmes déclinés en 30 processus et 113 bonnes pratiques :

A – Les bonnes pratiques pour le management général sont les activités coordonnées pour orienter et diriger l'organisme, planifier et contrôler son développement. Elles dépendent de l'autorité et de la responsabilité de la Direction de l'organisme. Ces recommandations s'adressent donc en priorité aux

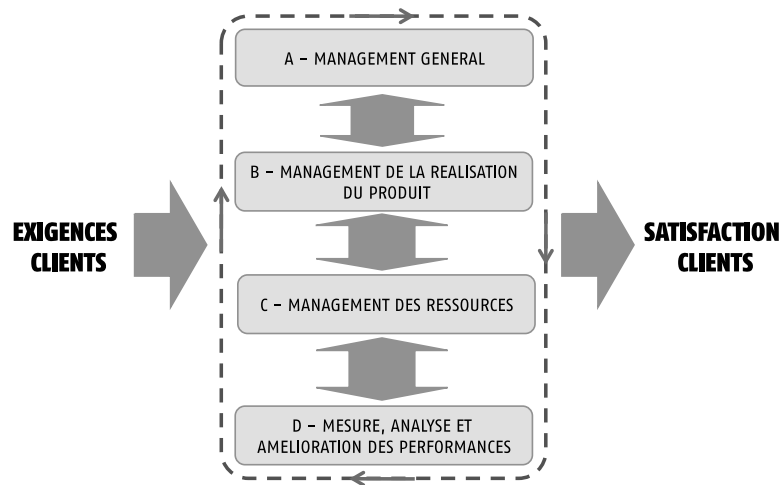


FIGURE 1: Cartographie des 4 volets du guide des bonnes pratiques de management [2]

dirigeants de l'organisme mais aussi, du fait des interdépendances et interactions, à l'encadrement qui relaie ou prolonge les décisions prises par les dirigeants et assure la mise en application des actions résultant de ces décisions.

Ce volet est décliné en 8 processus et 27 bonnes pratiques :

- A1 – Situer, orienter et piloter l'organisme dans l'approche de son marché (7 bonnes pratiques)
- A2 – Vérifier et mesurer pour maîtriser et améliorer (3 bonnes pratiques)
- A3 – Mettre en pratique progressivement les principes de management de l'ISO 9000 (3 bonnes pratiques)
- A4 – Concevoir et expliciter la politique générale (2 bonnes pratiques)
- A5 – Définir autorités et responsabilités (2 bonnes pratiques)
- A6 – Construire le système d'information et de communication (4 bonnes pratiques)
- A7 – Structurer, maintenir et améliorer le système de management (3 bonnes pratiques)
- A8 – Formaliser le système de management (3 bonnes pratiques)

B – Les bonnes pratiques pour le management de la réalisation du produit sont des recommandations pour assurer la gestion efficace et efficiente des processus de réalisation, de support et du réseau de processus associé. Ceci de manière à réaliser les

objectifs fixés et satisfaire les parties intéressées. Bien que les processus de réalisation résultent en produits qui ajoutent de la valeur pour l'organisme, les processus de support sont également essentiels à l'organisme et apportent indirectement de la valeur.

Ce volet est décliné en 8 processus et 27 bonnes pratiques :

- B1 – Estimer et allouer les ressources juste nécessaires (1 bonne pratique)
- B2 – Impliquer, mobiliser, motiver le personnel (5 bonnes pratiques)
- B3 – Optimiser les infrastructures (3 bonnes pratiques)
- B4 – Optimiser l'environnement de travail (2 bonnes pratiques)
- B5 – Traiter l'information comme une matière première primordiale (4 bonnes pratiques)
- B6 – Bâtir des partenariats profitables (4 bonnes pratiques)
- B7 – Economiser les ressources naturelles et protéger l'environnement (3 bonnes pratiques)
- B8 – Optimiser la gestion des ressources financières (5 bonnes pratiques)

C – Les bonnes pratiques pour le management des ressources sont des recommandations pour assurer l'identification et la disponibilité des ressources essentielles à la mise en œuvre de la stratégie et la réalisation des objectifs de l'organisme. Ces ressources incluent les personnes, les infrastructures,

l'environnement de travail, les informations, les fournisseurs et partenaires, les ressources naturelles et financières.

Ce volet est décliné en 6 processus et 26 bonnes pratiques :

- C1 – Organiser, maîtriser et optimiser l'ensemble des activités de réalisation des produits (4 bonnes pratiques)
- C2 – Identifier, comprendre et formaliser les exigences et/ou attentes des clients et des autres parties intéressées au travers d'un dialogue (4 bonnes pratiques)
- C3 – Optimiser la conception des produits (6 bonnes pratiques)
- C4 – Maîtriser et optimiser les activités d'achat (4 bonnes pratiques)
- C5 – Maîtriser et optimiser les activités de production (3 bonnes pratiques)
- C6 – Maîtriser et améliorer les dispositifs de mesure et surveillance (5 bonnes pratiques)

D – Les bonnes pratiques pour la mesure, l'analyse et l'amélioration des performances sont des recommandations pour assurer des mesures efficaces et efficaces, la collecte et la validation des données (données importantes pour fonder la prise de décision sur les faits) pour assurer le fonctionnement de l'organisme, l'atteinte des objectifs fixés et la satisfaction des parties intéressées.

Ce volet est décliné en 8 processus et 33 bonnes pratiques :

- D1 – Maîtriser les activités de mesure, d'analyse et d'amélioration des caractéristiques et performances du système, des processus et des produits (5 bonnes pratiques)
- D2 – Surveiller et mesurer les performances du système et la satisfaction des clients (5 bonnes pratiques)
- D3 – Surveiller et mesurer les performances des processus (4 bonnes pratiques)
- D4 – Surveiller et mesurer les performances des produits (3 bonnes pratiques)
- D5 – Surveiller et mesurer la satisfaction des parties intéressées autres que les clients (3 bonnes pratiques)

D6 – Maîtriser les non-conformités (5 bonnes pratiques)

D7 – S'appuyer sur les données et informations recueillies pour manager et améliorer les performances (3 bonnes pratiques)

D8 – Améliorer (de manière continue ou par rupture) les performances spécifiques et globale de l'organisme (5 bonnes pratiques)

3) Outil d'autodiagnostic des bonnes pratiques de management

L'autodiagnostic est un outil pour évaluer périodiquement la situation d'un organisme, qui a besoin de progresser dans ses pratiques. Il s'appuie sur un modèle de processus ou un guide des activités, des critères d'évaluation de succès ou des résultats attendus, et vise à favoriser des enseignements d'amélioration et de progrès.

L'outil, déployé à partir du guide des bonnes pratiques du management proposé auparavant, vise également à identifier, avec rapidité et précision, les forces et les faiblesses du management de tout organisme, quelque soit sa taille et son domaine d'activité.

Pour privilégier la simplicité, l'accessibilité et la rapidité, l'outil d'autodiagnostic s'appuie sur un tableur automatisé (figure 2). Il est souhaité que l'évaluation soit réalisable en environ trente minutes par un évaluateur, ou plusieurs dans la mesure où l'équipe détermine par consensus ou unanimité un seul choix de réponse par bonne pratique. Ce choix repose sur un système de cotation à 6 niveaux de véracité allant de 0% à 100% :

- faux unanime (tout le monde est convaincu de la non application de la pratique), cote attribuée : 0%
- faux (décision consensuelle, tout le monde n'est pas convaincu de la non application de la pratique), cote attribuée : 20%
- plutôt faux (application en petite partie de la pratique, à améliorer), cote attribuée : 40%
- plutôt vrai (application en grande partie de la pratique, à améliorer), cote attribuée : 60%
- vrai (décision consensuelle, tout le monde n'est pas convaincu de l'application de la pratique), cote attribuée : 80%

Processus et bonnes pratiques		faux unanime	FAUX	plutôt faux	plutôt vrai	VRAI	Vrai unanime	réservé aux observations	modes de preuve
Cet outil permet d'identifier les forces et les faiblesses du management de votre organisme et d'en tirer des enseignements de progrès et d'amélioration. Cochez les cases en fonction de la légende (définitions jointes en commentaires pour les 6 choix possibles) pour chaque bonne pratique. Puis suivez les indications à la fin de questionnaire.									
Nom(s) évaluateur(s) :					Date évaluation :				
A - PROCESSUS MANAGEMENT GÉNÉRAL									
A1 - Situer, orienter et piloter l'organisme dans l'approche de son marché									
a)	La vocation, le domaine d'intervention, les missions, le système de valeurs et les règles éthiques sont adoptés et respectés par l'organisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b)	Les orientations générales de la politique en fonction de l'objectif global de compétitivité durable sont fixées et formalisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
c)	Les comportements individuels et collectifs fondés sur l'équité, la responsabilité individuelle et collective sont respectés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		

FIGURE 2 : Extrait de la grille d'évaluation de l'autodiagnostic des bonnes pratiques de management [2]

- vrai unanime (tout le monde est convaincu de la non application/application de la pratique), cote attribuée : 100%

La confiance attribuée aux résultats est associée au niveau de compétences de l'évaluateur ou de l'équipe qui exploite l'autodiagnostic. L'outil peut cependant être également utilisé par des personnes n'ayant pas toutes les connaissances requises. C'est pourquoi plusieurs évaluations périodiques, à condition qu'elles soient réalisées par le même évaluateur ou la même équipe, permettraient une analyse de progrès sur les écarts.

Durant l'évaluation, le responsable ou l'équipe peut indiquer, dans les cases prévues à cet effet, des observations et des modes de preuves sur chaque bonne pratique évaluée.

En fonction du choix de cotation de l'évaluateur pour chaque bonne pratique, un calcul automatique est réalisé et génère, en temps réel, une synthèse et une cartographie des résultats de l'évaluation de ses pratiques de management sur les quatre volets (figure 3).

A titre d'exemple, la figure 3 montre qu'il y aurait un besoin d'amélioration majeur concernant le processus de mesure. Il suffit alors d'identifier les items

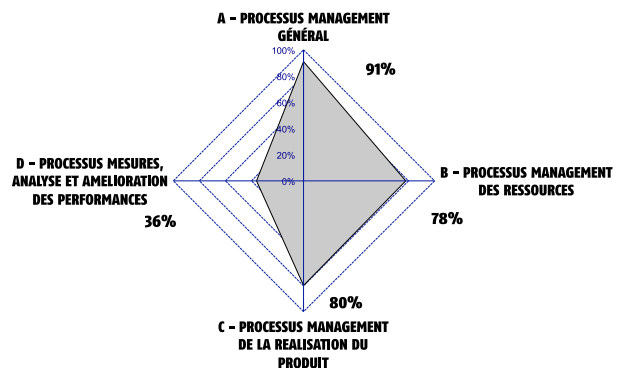


FIGURE 3 : Exemple de cartographie des résultats de l'autodiagnostic des bonnes pratiques de management [2]

les plus faibles de ce processus (sur lesquels il est prioritaire d'agir), via le questionnaire ou le tableau des données.

Une fiche d'amélioration est à la disposition de tout évaluateur pour renseigner les dysfonctionnements rencontrés au sein de l'organisme lors de l'évaluation. Il est proposé à l'évaluateur ou l'équipe d'identifier le problème, d'exposer les faits, d'analyser les causes, les conséquences et d'apporter des idées d'amélioration.

Conclusion

Les résultats d'une enquête montrent que ce sont à l'unanimité des grandes entreprises qui favorisent la démarche des bonnes pratiques de management. Pourtant les Petites et Moyennes Entreprises et les Très Petites Entreprises ont des atouts considérables dans ce domaine, de part leur taille, leur souplesse de fonctionnement et les contacts étroits qu'entretiennent les hommes entre eux sur le terrain. Ce sont les premières créatrices d'emplois et de richesse. Elles occupent 2/3 des emplois et produisent plus de la moitié du PIB national, alors que leur durée de vie est limitée.

Le maintien de leur performance pour leur pérennité est essentiel au sein de notre société. Cette enquête et ces enjeux de croissance et de compétitivité pour les PME-TPE montrent un besoin de développer un outil pour les aider éventuellement à progresser dans leurs pratiques de management, afin de maintenir ou d'améliorer leurs performances. L'outil est disponible gratuitement sur Internet (www.utc.fr/master-qualite, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 87)

L'application des bonnes pratiques de management et/ou leur amélioration peuvent être favorisées par l'usage périodique d'un outil d'autodiagnostic accessible, rapide et simple. Les objectifs visés seraient la performance et la satisfaction du client final, c'est-à-dire toute personne ou groupe de personnes ayant un intérêt dans le fonctionnement ou le succès de toute organisation publique ou privée.

Références bibliographiques

- [1] COMUTEC, salon de rencontres étudiants-entreprises, UTC, www.comutec.org
- [2] Démarche de bonnes pratiques de management : une méthode et un outil, Magali SZUBICKI, Amel MEKNACI, Mourad DRIRA, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2008-2009, www.utc.fr/master-qualite, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 87
- [3] ISO 9000 : « Systèmes de management de la qualité – Principes essentiels et vocabulaire », Edition Afnor, 2005, www.afnor.org
- [4] Les chiffres-clés des TPE-PME, Ministère du Redressement Productif, http://www.pme.gouv.fr/economie/chiffresclefstpe/chiff_tpe.php, consulté le 24/05/2012
- [5] Taux de survie des entreprises, INSEE, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=enttc09104, consulté le 24/05/2012
- [6] FD X50-195 : Systèmes de management « Lignes directrices pour le management d'un organisme », Ed. Afnor, novembre 2005, www.afnor.org
- [7] AC X50-200 : Systèmes de management intégré « Bonnes pratiques et retours d'expériences », Edition Afnor, janvier 2003, www.afnor.org
- [8] ISO 9001 : « Systèmes de management de la qualité – Exigences », Edition Afnor, novembre 2008, www.afnor.org
- [9] Jean Brilman, Les meilleurs pratiques du management, Edition d'organisation, 1998.
- [10] Shoji Shiba, Alan Graham, David Waldan, Quatre révolutions du management par la qualité total, Edition Dunod, Paris, 1997.
- [11] Prix Français de la Qualité, Qualité Totale Outil de Progrès, Edition MFQ, 1995.

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'auto-diagnostic
- Poster de synthèse

QUALITÉ EN RECHERCHE : RÉALISER UN PROCESSUS QUALITÉ EN THÈSE

Aurore LOMET⁽¹⁾, Gilbert FARGES^{(2)*}

(1) Heuristique et Diagnostique des Systèmes Complexes (Heudiasyc) – UMR6599

(2) BioMécanique et BioIngénierie (BMBI) – UMR7338

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Coultolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Tél : +33 (0)3 44 23 44 23 – Site web : www.utc.fr/qualite-recherche

*réfèrent : gilbert.farges@utc.fr

Résumé

Ce travail propose une méthode pour réaliser un processus qualité en thèse. Dans un premier temps, une définition de la « qualité » au cours d'un processus de thèse est proposée en prenant pour référence des textes issus de normes du monde de la qualité et de la recherche mais aussi de chartes de thèse et de sondages réalisés auprès de la communauté de la recherche (en ciblant les doctorants).

Cette étude s'adresse aux équipes de recherche, doctorants et encadrants. Une grille d'appréciation est proposée pour réaliser une démarche qualité concrète et progressive d'amélioration continue des processus avant, pendant et après la thèse.

MOTS-CLEFS

Recherche, qualité, thèse

Abstract

This study proposes a method in order to manage a quality process during a PhD thesis. First, we suggest a definition of “quality” during a PhD process. Texts are referenced from standard of quality world, from research community, from the PhD charters and from surveys.

Then, we clarify the context of this study and address it to research teams, PhD students and supervisors. An assessment grid is proposed to realize both concrete and progressive approach to improve continuously before, during and after doctoral studies.

KEY WORDS

Research, quality, PhD

Introduction

Au cours de l'année 2008-2009, en France, selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche[1], 72 000 étudiants ont réalisé leur thèse dans divers domaines de recherche. Un quart d'entre eux représente de nouveaux doctorants. A l'Université de Technologie de Compiègne, chaque année, il y a entre 250 et 280 doctorants dont 70 à 80 sont de nouveaux inscrits.

A ces doctorants qui se spécialisent dans leur domaine de recherche, il leur est adressé, surtout en début de thèse, des conseils sur la façon dont une thèse doit être abordée qualitativement. Le plus souvent, il s'agit d'un accompagnement qui se fait par les directeurs de thèse. Il existe, par ailleurs, de nombreuses sources en matière de qualité (CNRS[2], QUARES[3], chartes de thèses [4,5], écoles doctorales...).

Ce flux massif d'informations amène souvent de réelles confusions quant à leurs applications. Par exemple, la charte européenne de thèse [4] appliquée à l'Université de Technologie de Compiègne n'explique pas la manière dont une thèse doit être abordée qualitativement.

Il apparaît donc utile de proposer, aux équipes de recherche, un document unique explicitant les différents critères de qualité en recherche provenant de ces différentes sources. Ce document présenté dès le début d'une thèse leur permettrait d'inclure une démarche d'amélioration continue sur leurs travaux de recherche, résultats et validation. Il prendrait ainsi son sens dans un contexte où la concurrence mondiale est de plus en plus vive.

Ce projet a donc pour objectif de proposer un document unique présentant une démarche qualité en thèse. Dans un premier temps, une analyse de la situation actuelle est proposée : le contexte, la problématique, et les enjeux. Puis, une méthode de résolution s'appuyant sur des outils « qualité » est réalisée afin d'obtenir des solutions efficaces pour réaliser un processus qualité avant, pendant et après la thèse.

1) Contexte et problématique

1.1) CONTEXTE DE LA QUALITÉ EN RECHERCHE DANS LES TRAVAUX DE THÈSES

Dans un premier temps, il semble essentiel de bien définir la qualité lors de la réalisation d'une thèse. La norme ISO 9000[6] définit la qualité comme : « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ». De plus, des chartes de diverses universités ont défini la qualité en thèse. Par exemple, l'Université de Lille II et de Toulouse [5] décrivent la qualité en thèse comme se mesurant « à travers les publications ou les brevets et rapports industriels qui seront tirés du travail, qu'il s'agisse de la thèse elle-même ou d'articles réalisés pendant ou après la préparation du manuscrit ». De même, la charte européenne de thèse[4], utilisée par l'Université de Technologie de Compiègne (UTC) ne définit pas clairement la qualité en thèse mais plutôt à qui incombe la responsabilité du sujet, des travaux, et de l'encadrement. Ainsi, l'école doctorale est responsable de la qualité du sujet ; les encadrants du suivi et le doctorant des travaux.

A ces définitions formelles, une thèse de qualité est aussi définie par :

- une thèse soutenue et convaincante sur une idée originale dans la recherche,
- un contenu fiable répondant à une problématique donnée,
- une thèse reconnue par ses pairs.

Afin d'obtenir un consensus sur la définition d'un processus de thèse de qualité, une étude a été réalisée en février 2010 auprès de 15 doctorants de l'UTC de laboratoires et d'années diverses[10]. De ce sondage, il en résulte que la qualité en thèse se mesurerait prioritairement par le travail fourni par le doctorant, la qualité de son encadrement (le directeur de thèse) ainsi que par les publications réalisées.

1.2) ENJEUX DE LA QUALITÉ D'UN PROCESSUS DE THÈSE

Le manque d'expérience des doctorants dans le milieu de la recherche, notamment en début de

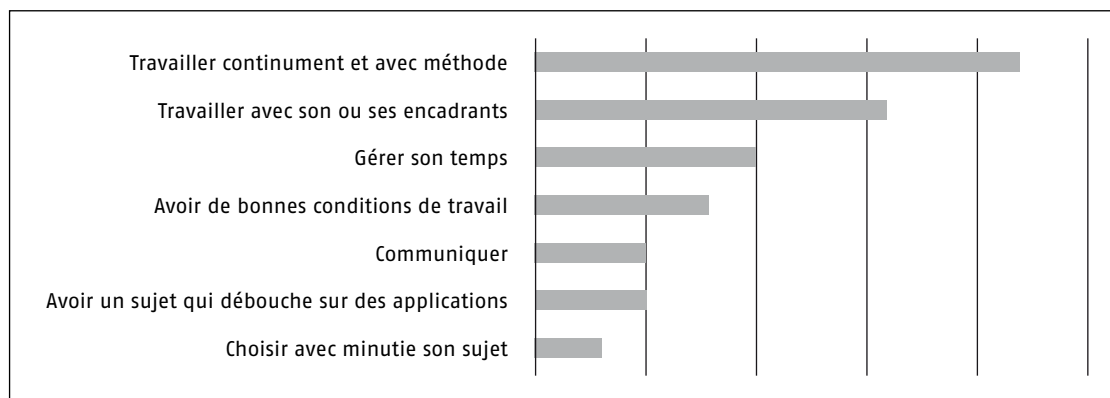


FIGURE 1 : Facteurs qualité en thèse : Résultats du vote pondéré réalisé auprès de 6 doctorants et 2 post-doctorants en mars 2010 [10]

thèse, ne leur permet pas d'intégrer dès le début de leurs travaux un aspect qualitatif de leur démarche. Pourtant, il est essentiel de pouvoir fournir des travaux dont la réalisation est de qualité. Un auto-accompagnement proposé aux équipes de recherche (encadrants et doctorants) sous la forme d'un document permettrait :

- d'améliorer la qualité de la réalisation d'une thèse,
- d'améliorer les relations au sein de l'équipe de recherche en proposant un consensus sur la qualité du processus avant, pendant et après la thèse,
- d'accroître la notoriété des laboratoires ainsi que de l'université par l'obtention de meilleurs résultats,
- d'augmenter, à moyen terme, le nombre de publications et le niveau des revues dans lesquelles elles sont publiées.

2) Solutions retenues pour améliorer la qualité dans les travaux de thèses

Le doctorant, les directeurs de thèse, le matériel, le laboratoire ainsi que l'ensemble de la communauté des chercheurs sont les facteurs principaux impliqués dans le processus de thèse[9]. Un brainstorming

répondant à la question « proposer des recommandations à donner aux doctorants afin de réaliser une thèse de qualité » a été réalisé auprès de 18 étudiants, 2 post-doctorants et 2 chercheurs de l'UTC et de l'Université d'Amiens. Il en résulte un ensemble de solutions qui, après un vote pondéré, valident leur ordre d'importance collectivement (figure 1). Dans la suite de cette étude, seuls les trois premiers points sont étudiés.

Une analyse des risques associés aux trois premiers facteurs est effectuée dans le but d'en proposer des alternatives et des anticipations en terme d'actions (Tableau 1).

2.1) RÉALISER UN PROCESSUS QUALITÉ EN THÈSE

La cartographie matricielle (figure 2) propose une vue d'ensemble des différents processus et interactions permettant d'identifier de manière synthétique les principaux acteurs et interactions qui interviennent pour un processus de qualité en thèse.

La figure 3 détaille les axes retenus de la cartographie matricielle et présente de manière plus précise l'ensemble des interactions pour aboutir à un processus qualité dans la réalisation d'une thèse.

Facteurs de qualité en thèse	
risques	alternatives
Travailler continument et avec méthode :	
Ne pas établir de plan précis	Etablir un plan avec des jalons
Etre trop critique	Prendre des initiatives
Travailler avec son ou ses encadrants :	
Trop de pression pour le doctorant	La fréquence des réunions doit être adaptée au travail
Avoir des encadrants peu pédagogues	Bien choisir ses encadrants
Gérer son temps	
Ne pas pouvoir respecter son planning	Adapter la fréquence des réunions
Perte de temps par un trop grand nombre de réunions	Réaliser le planning avec ses encadrants ...

TABLEAU 1: Analyse des risques associés aux trois premiers facteurs contribuant à la qualité en thèse [10]

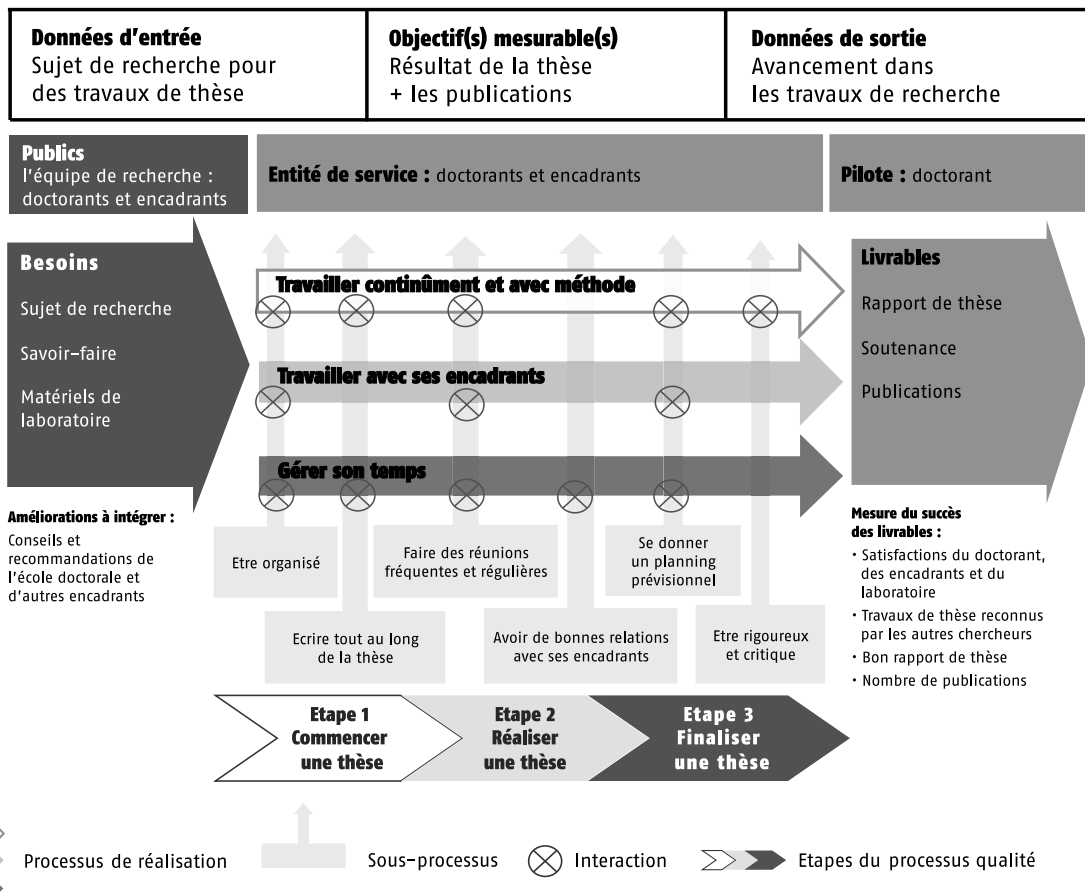


FIGURE 2: Cartographie matricielle représentant les principaux processus qualité en thèse [10]

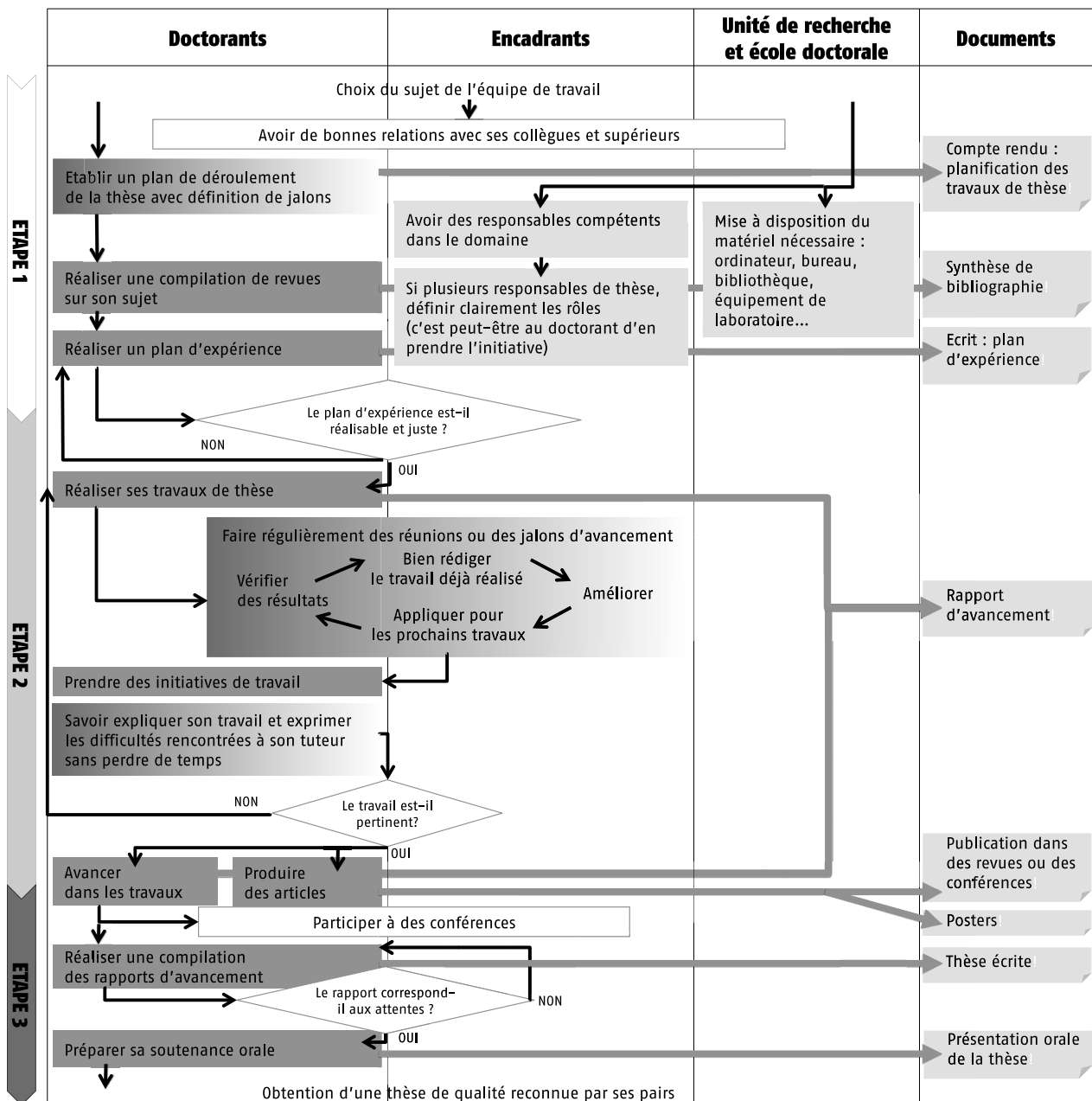


FIGURE 3 : logigramme détaillant les différentes actions nécessaires à la réalisation d'un processus qualité en thèse [10]

3) Mesure, analyse, amélioration

Avant de proposer des améliorations à la réalisation d'un processus qualité en thèse, il est important de définir les critères qui mesurent la performance de la démarche de qualité et sur lesquels une action est possible.

La norme ISO 10006 [7] définit les lignes directrices pour le management de projet. La thèse étant un projet entre le doctorant, ses encadrants et tierces entités (laboratoire, entreprise, université...), il est intéressant d'en appliquer certains concepts et de les compléter par d'autres spécifiques à la thèse.

Les critères mesurables sur lesquels des améliorations sont possibles sont la satisfaction du doctorant, des encadrants, du laboratoire et des partenaires, les travaux de thèse reconnus par les autres chercheurs, le nombre de publications ainsi que leur niveau, et l'obtention de la thèse avec la réalisation de ses objectifs.

Les principaux acteurs responsables de l'amélioration du processus sont le doctorant de par son esprit critique, les encadrants par leurs connaissances et expériences, et l'école doctorale qui, après lecture d'un rapport annuel d'activité de recherche, pourrait proposer des formations adaptées à l'équipe de recherche.

4) Evaluation de la qualité en thèse

4.1) LA GRILLE D'APPRÉCIATION

Pour assurer le suivi des différentes actions mises en œuvre, une grille d'appréciation de la qualité des processus en thèse est réalisée. Il s'agit d'une liste de 50 critères organisés par ordre chronologique : lors de l'élaboration et la mise en place du processus de thèse, de sa réalisation et lors de sa finalisation et validation (reprenant ainsi les conclusions du logigramme, figure 3). Cette grille se base sur les principes de la norme FD X 50 551[8]. Elle décrit un ensemble de recommandations pour l'organisation et la réalisation d'une activité de recherche en mode projet.

Elle se présente sous la forme d'un tableur Excel® automatisé qui peut être rempli soit par le doctorant lui-même, soit par son équipe de recherche.

Son contenu ne nécessite pas de connaissance a priori. Ce fichier se compose de 5 onglets :

1. Le premier donne les explications et place le contexte,
2. Le second est la grille d'appréciation qui se remplit par des menus déroulants et la possibilité d'y rajouter des commentaires (un exemple est donné dans la figure 4).
3. Dans le troisième volet, se trouve les résultats calculés automatiquement sous la forme de pourcentages.
4. Dans le quatrième onglet, les résultats sont représentés par des cartographies sur les processus majeurs permettant d'identifier rapidement les axes à améliorer.
5. Enfin, le dernier onglet propose à l'utilisateur d'apporter des commentaires, des appréciations, des retours d'expérience, sur l'utilisation de la grille en vue de l'amélioration continue de celle-ci.

4.2) LES PREMIÈRES UTILISATIONS DE LA GRILLE D'APPRÉCIATION

La grille d'appréciation de la qualité des processus en thèse a été testée sur un panel de 10 doctorants de l'Université de Technologie de Compiègne provenant de différents laboratoires et de différentes années. Elle leur a été distribuée par mail dans lequel il leur a été précisé que cet essai avait pour but d'améliorer les critères proposés et/ou les compléter. L'utilisation de cette grille a été majoritairement acceptée et la plupart des améliorations proposées ont été validées.

La figure 5 montre les résultats d'un sondé en dernière année de thèse. Il y apparaît que son point fort est la finalisation. En revanche, son point le plus faible est le début de l'étape 1.

Cette grille présente un processus qualité pour la réalisation d'une thèse dont les items sont parfois évidents pour certains doctorants aguerris mais qu'il est nécessaire de rappeler ou de faire découvrir aux plus jeunes qui, en début de thèse, peuvent manquer d'expérience. Grâce à cet outil, l'équipe de recherche possède un référentiel de pratiques sur lequel s'appuyer dans le but de soutenir le doctorant au cours de la réalisation de sa thèse.

OBJECTIF PRINCIPAL DE LA THESE				
Produire des nouvelles connaissances originales et valorisables pour le doctorant et l'équipe de recherche				
Etape 1 : Elaborer et mettre en place le processus de thèse				
Avant la thèse : estimer la cohésion potentielle doctorant/encadrant (étape 1)		Evaluations	Modes de preuve	Observations
Crit. 1	Le sujet est en relation avec les compétences et les motivations du futur doctorant et de l'encadrant.	Excellent		
Crit. 2	Le sujet est clair, détaillé et documenté : le doctorant comprend les enjeux scientifiques, financiers, sociétaux et de future valorisation ainsi que les débouchés potentiels pour le doctorant.	Points forts		
Crit. 3	Le doctorant a réalisé une petite recherche documentaire sur le sujet scientifique et sur le contexte d'encadrement et les encadrants.	Normal		
Crit. 4	Le doctorant prend l'initiative d'une discussion, d'un débat sur le thème et sa recherche bibliographique avec les directeurs de thèse.	Points faibles		

FIGURE 4 : Exemple de critères qualité sur un processus en thèse, accessibles depuis le second onglet de la grille d'appréciation [10]

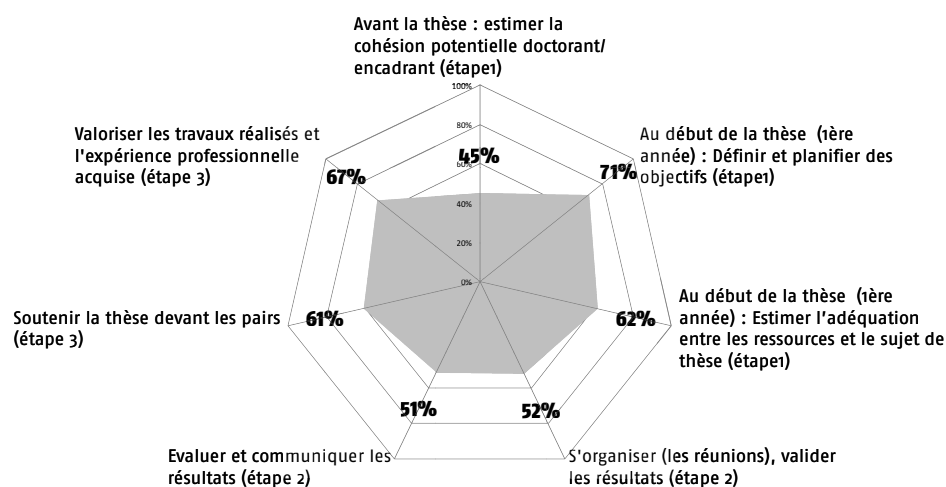


FIGURE 5 : Exemple de résultats d'un doctorant ayant rempli la grille d'appréciation, illustrant ses points forts et faibles [10]

Enfin, il est important de noter que cet outil n'a pas pour objectif de comparer des thèses, mais de se l'approprier afin d'améliorer ses pratiques en recherche sur les points nécessaires.

Conclusion et perspectives

A la question « Comment réaliser un processus qualité en thèse ? », la réponse est qu'elle s'effectue par la mise en œuvre de trois actions majeures :

6. Travailler avec méthode et continument
7. Travailler avec ses encadrants
8. Gérer son temps.

Pour soutenir les doctorants et les équipes de recherche au cours d'une thèse, une grille d'appréciation des pratiques recommandées est mise à leur disposition. Celle-ci peut être utilisée sans connaissance a priori du domaine de la qualité et son utilisation vise à :

- proposer au nouveau doctorant une ligne directrice, des recommandations, un suivi régulier à suivre qui comblent son manque d'expérience dans le domaine de la recherche,
- améliorer la qualité en thèse par la mise en œuvre d'une amélioration continue sur ses pratiques quotidiennes,
- améliorer les relations au sein de l'équipe de recherche en proposant un consensus sur la qualité attendue ainsi que le rôle attribué à chacun,
- favoriser les échanges de connaissances, en participant aux conférences mais surtout par des échanges fluides avec ses encadrants,
- augmenter le nombre de publications et le niveau des revues dans lesquelles elles sont publiées grâce à l'effet induit de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience en thèse.

Pour conclure, une démarche qualité en thèse a pour utilité de produire de nouvelles connaissances au bénéfice de l'innovation et du progrès pour la société.

Références bibliographiques

- [1] Site du ministère de l'enseignement supérieur français, www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20714/les-chiffres-de-la-rentree-universtaire-2008-2009.html, consulté en mars 2012
- [2] Site du CNRS, Centre National de la Recherche Scientifique, concernant les directives de qualité d'un projet de recherche www.cnrs.fr, consulté en mars 2012.
- [3] Site QUARES, Association pour la Qualité en Recherche et Enseignement Supérieur, démarches qualité dans la recherche et l'enseignement supérieur en France, <http://www.quares.fr>, consulté en mars 2012
- [4] Charte européenne de thèse fournie au doctorant à l'UTC, http://www.utc.fr/Ecole_Doctorale/iso_album/charte_these_europeenne_2007_vf.pdf, site consulté en mars 2012.
- [5] Charte de thèse, Université de Toulouse, décrivant un ensemble d'éléments et d'exigences nécessaires à la réalisation de la thèse, www.univ-tlse1.fr/1277128544758/0/fiche___document/&RH=internet, consulté en mars 2012.
- [6] Norme ISO 9000, Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire, Ed Afnor 2005, <http://sagaweb.afnor.org>.
- [7] Norme ISO 10006, Systèmes de management de la qualité - Lignes directrices pour le management de la qualité dans les projets, Ed Afnor 2003, <http://sagaweb.afnor.org>.
- [8] Norme FD X 50 551, Qualité en recherche - Recommandations pour l'organisation et la réalisation d'une activité de recherche en mode projet notamment dans le cadre d'un réseau, Ed Afnor 2003, <http://sagaweb.afnor.org>.
- [9] Guide de l'étudiant chercheur décrivant le rôle du doctorant et des différents intervenants ainsi que les formations offertes par l'Ecole Doctorale de l'UTC, http://www.utc.fr/Ecole_Doctorale/iso_album/web_maj_21_sept_09.pdf consulté en mars 2012.
- [10] Qualité en recherche pour les travaux de thèse, Aurore LOMET, Stéphane DI BENEDETTO, Projet d'Intégration "Démarche Qualité en Recherche" (CP13), Ecole Doctorale, Université de Technologie de Compiègne, www.utc.fr/qualite-recherche, puis "Travaux Qualité-Recherche", 2010

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'auto-diagnostic
- Poster de synthèse

CONTRIBUTION À L'APPLICATION DU CADRE D'AUTO-ÉVALUATION DES FONCTIONS PUBLIQUES (CAF)

**Neyda ALVAREZ, Colette BOURGEOIS, Cécilia CONTRERAS,
Corrie RAKOTONIRAINY, Gilbert FARGES, Jean-Pierre CALISTE***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email : master-qualite@utc.fr – Site web : www.utc.fr/master-qualite

*réfèrent : jean-pierre.caliste@utc.fr

Résumé

Les administrations publiques doivent, plus que jamais, répondre aux besoins et attentes des « clients-citoyens » et des parties prenantes dont les exigences sont croissantes. Elles sont également tenues de garantir leurs missions et d'atteindre les objectifs fixés par leurs autorités de tutelle. De plus, en France, la Réforme de l'Etat avec le vote de la LOLF en août 2001, leur impose une gestion tournée vers la performance, l'efficacité, la transparence, la responsabilité et la qualité du service rendu. Elles doivent donc s'adapter et, pour ce faire intégrer les principes du management de la qualité.

Le CAF (Cadre d'auto-évaluation des Fonctions publiques) est un outil de management par la qualité totale, inspiré du modèle d'excellence de la Fondation Européenne pour la gestion par la qualité (EFQM®), qui a été spécialement conçu pour aider les administrations publiques dans cette démarche.

Cette étude présente des outils susceptibles de favoriser son utilisation. Deux solutions sont proposées :

- Une fiche pratique destinée à améliorer l'attractivité du CAF et à en simplifier l'utilisation. Cet outil peut également être utilisé pour la communication et la formation,
- Des recommandations ainsi que des références bibliographiques de « success stories » pour la réalisation de documents de communication destinés à promouvoir le CAF.

Le travail effectué est la première étape d'une étude qui pourrait être poursuivie (création d'autres fiches pratiques, analyse des « success stories » par exemple).

MOTS-CLEFS

Cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques, autodiagnostic, auto-évaluation, fonction publique, organisme public, qualité des services publics, secteur public, administration publique, management par la qualité totale.

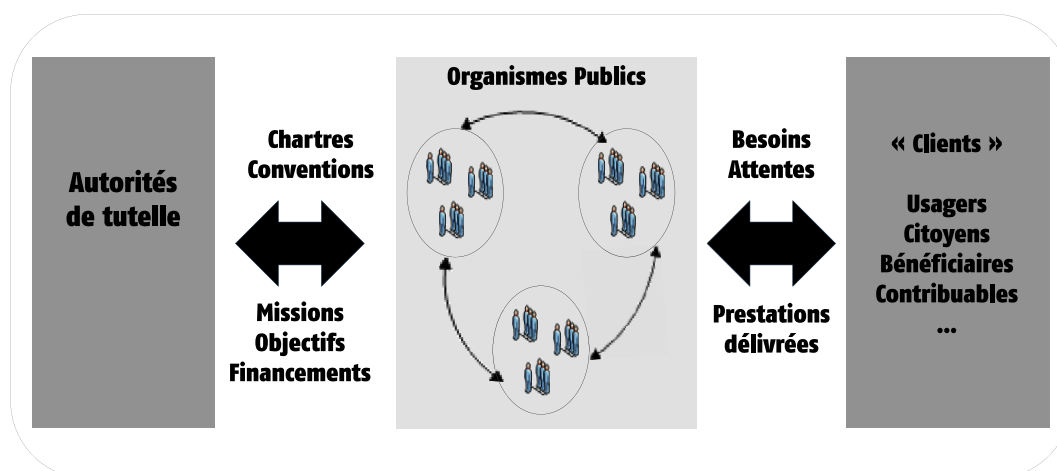


FIGURE 1 : Interactions entre organismes publics, autorités de tutelle et « clients » [1, 2]

Abstract

Public administrations have to meet the needs and expectations of the “customers-citizens” and the stakeholders who are more and more demanding. They have to assure the missions and reach the objectives defined by their regulatory authorities. In addition, in France, the reformation of the State with the vote of The LOLF in August, 2001, requires a management oriented on performance, efficiency, transparency, responsibility and quality of service. They must improve their practices and integrate the quality management principles.

The Common Assessment Framework (CAF), a Total Quality Management (TQM) tool inspired by the European Foundation for Quality Management (EFQM®), has been specially designed to support them in their approach. Nevertheless, CAF is not well-known and sufficiently used, particularly in France.

This study presents tools which are able to help users. Two main propositions have been developed:

- A practical document designed to improve the CAF attractiveness and for simplifying its use. This tool can also be used for communication and training.
- Recommendations and bibliographical references for designing of communication documents developed for promoting the CAF.

These tools can be adapted and improved according to the needs of the users.

The work carried out is the first step of a study which could be continued later on (creation of other practical documents and analysis of success stories for example).

KEY WORDS

Common assessment framework, auto-diagnostic, self-assessment, public service, public organization, public services quality, public sector, public administrations, total quality management.

1) Contexte et enjeux

La mission, les objectifs et le financement des organismes publics sont en toute ou partie définis par une autorité de tutelle. De ce fait, ils ne peuvent pas complètement décider seuls de leurs choix stratégiques et de la façon de les mettre en œuvre. Ils sont à l'interface entre leurs tutelles et leurs « clients » (citoyens, usagers, bénéficiaires...) et, pour réaliser leurs missions, ils doivent le plus souvent collaborer entre eux (figure 1).

Les administrations publiques évoluent dans un contexte les amenant à renforcer leur performance globale : modernisation de l'administration dès les années 1990, réduction des dépenses publiques, révision générale des politiques publiques de 2007,

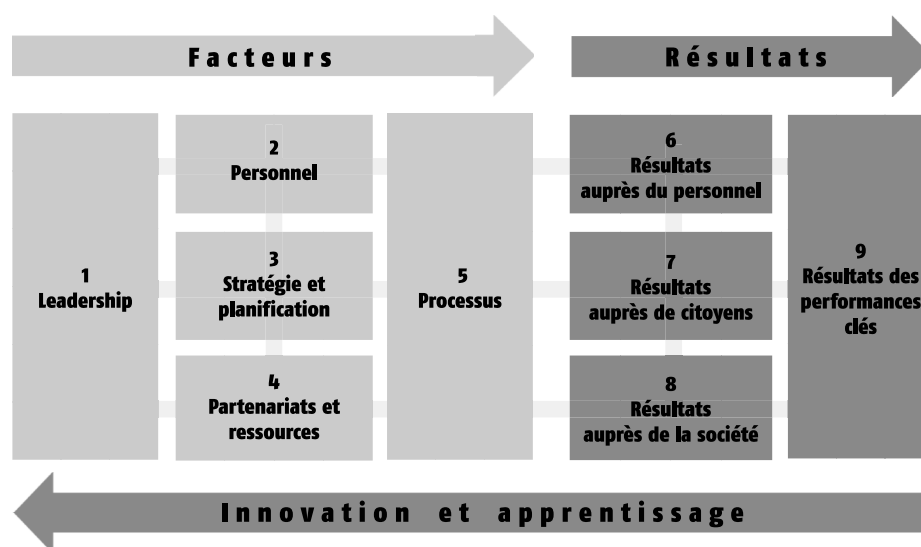


FIGURE 2 : Modèle du Cadre d'Auto-évaluation des Fonctions publiques (CAF) [1, 3]

mise en place de la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances) en 2006. La mise en œuvre d'une démarche qualité peut les y aider en leur permettant de s'approprier les techniques de management par la qualité basées sur un diagnostic et des actions d'amélioration. Le CAF (Cadre d'Auto-évaluation des Fonctions publiques ou Common Assessment Framework) [3] a été conçu comme un moyen d'accompagnement de leur démarche (figure 2).

Le CAF est un outil de management par la qualité totale, inspiré du modèle d'excellence EFQM® (Fondation européenne pour la gestion par la qualité) et du modèle de l'université des sciences administratives de Speyer (Allemagne). Il a été créé à l'initiative des ministres responsables des administrations publiques des différents pays de l'Union Européenne et a été développé par un groupe de travail, l'IPSG (Innovative Public Service Group), qui est composé d'experts nationaux rapportant aux directeurs généraux en charge de la fonction publique. Le CAF est destiné à être utilisé dans tous les domaines du secteur public, qu'il s'agisse d'organisations publiques nationales, régionales ou locales et ce, sur toute ou partie de l'organisation. C'est un outil qui permet à tout type d'organisation publique de s'auto évaluer, c'est-à-dire de faire un « état des lieux » factuel sous différents angles, tant du point de vue des moyens (facteurs) que des résultats (voir figure 2). L'organisation peut ainsi déterminer quels sont ses

points forts et quelles sont les pistes d'amélioration. Cet outil met l'humain au centre de la démarche qualité (auto-évaluation, recherche de consensus, plan d'action d'améliorations) et permet d'impliquer toutes les parties-prenantes.

2) Méthodes et moyens de promotion du CAF

2.1) ETUDE DE LA SITUATION ET CHOIX DE SOLUTIONS

L'analyse comparée de la situation des différents pays utilisateurs du CAF montre qu'il est assez peu appliqué en France : classée, en 2010, 22ème en nombre d'organisations s'y référant sur 38 pays alors que l'Italie et la Belgique étaient respectivement première et deuxième [4].

Pour comprendre cette situation, il est nécessaire d'identifier quels peuvent être les freins et les accélérateurs à son application. Ces éléments ont été obtenus à travers une recherche bibliographique mais également auprès de personnes concernées par la mise en place d'une démarche qualité dans les organismes publics appartenant à un pays du haut du classement. De cette étude, il ressort qu'il est nécessaire de disposer de structures porteuses et d'un soutien politique pour faire appliquer le CAF. En Belgique, par exemple, les structures assurant la promotion du CAF sont très développées.










Fiche Pratique		Le CAF en 10 étapes Processus d'application du CAF			1/2	
		ETAPES	ACTIONS	ACTEURS	DOCUMENTS	
PHASE 1 Préparation et organisation de l'auto-évaluation	1. Décider comment organiser et planifier l'auto-évaluation		Décider d'appliquer le CAF	Direction 		
			↓	Définir le périmètre, les objectifs et la méthode	Parties concernées Organisme externe ? 	Plan d'autoévaluation 
			↓	Désigner un chef de projet	Parties concernées 	
	2. Communiquer sur le projet d'auto-évaluation		↓	Définir et planifier la communication	Parties concernées Organisme externe ? 	Plan de communication, supports et outils 
			↓	Choisir le responsable communication	Parties concernées 	
			↓	Communiquer auprès des parties prenantes	Responsable de la communication 	Supports et outils 

FIGURE 3 : Extrait du recto de la fiche pratique « Le CAF en 10 étapes » [1]

L'association IMPEQes est très active dans le secteur de l'enseignement. Le Coordinateur National CAF en charge des administrations autres que l'enseignement a développé la communication ainsi qu'une offre de formations et participe activement à des conférences nationales et internationales.

L'étude menée a montré qu'il est possible d'agir sur trois leviers afin de convaincre les dirigeants de s'engager à utiliser le CAF :

- L'amélioration du CAF lui-même,
- Le renforcement de sa promotion,
- Le développement d'un support aux utilisateurs.

Le troisième levier étant conditionné par les deux premiers, il est donc important de mettre en œuvre des solutions permettant d'agir sur ces deux premiers leviers pour lesquels deux solutions ont été retenues, à savoir la création d'une fiche pratique et l'élaboration de recommandations pour la réalisation de documents de communication.

2.2) DÉVELOPPEMENT DES SOLUTIONS

En ce qui concerne le premier levier d'action, un travail sur le CAF a été effectué. Cela a conduit à la création d'une fiche pratique intitulée « Le CAF en 10 étapes » (figures 3 et 4) dont l'objectif est de rendre le référentiel plus attractif et facile à utiliser.

Cette fiche pratique peut également permettre d'agir sur les deux autres leviers. Elle peut, en effet, servir de support de communication pour promouvoir le CAF et d'outil de formation pour apporter un support aux utilisateurs.

Au recto, la fiche pratique permet de visualiser la démarche globale de mise en œuvre du CAF à l'aide d'un logigramme. C'est, en quelque sorte, un mode d'emploi du processus CAF. Elle montre les différentes phases et étapes du processus, de la décision d'appliquer le CAF à la planification d'une nouvelle auto-évaluation ainsi que les acteurs du processus et les documents associés.

Au verso, les conseils issus du CAF 2006 qui semblent les plus importants par rapport à l'objectif de cette fiche pratique sont donnés. Les utilisateurs peuvent, évidemment, se référer au CAF en vigueur pour plus de détails et, éventuellement, modifier la fiche s'ils le jugent opportun pour leur utilisation.

Pour le second levier, un outil intitulé « recommandations pour la réalisation de documents de communication (newsletter, brochure, vidéo) » (figure 5) a été élaboré. Cet outil a été conçu pour les futurs rédacteurs et concepteurs de documents de communication destinés à convaincre les responsables des administrations publiques d'appliquer le référentiel CAF.

Fiche Pratique 2/2

Le CAF en 10 étapes Processus d'application du CAF

PHASE 1 : Préparation et organisation de l'autoévaluation

Etape 1 : Décider comment organiser et planifier l'autoévaluation

Cette étape est destinée à définir les parties de l'organisation qui sont concernées, choisir le système de notation (classique ou affinée) et élaborer un plan d'auto-évaluation tenant compte de ces éléments.

Etape 2 : Communiquer sur le projet d'autoévaluation

Le plan de communication définit la cible, le contenu des messages, la fréquence, les outils et les supports de communication.

La communication met l'accent sur les objectifs et les avantages potentiels de l'auto-évaluation afin d'encourager la participation des parties prenantes.

FIGURE 4 : Extrait du verso de la fiche pratique « Le CAF en 10 étapes » [1]

Objectifs : Apporter un support aux rédacteurs, concepteurs et réalisateurs de documents de communication destinés à promouvoir le CAF. Donner des informations concernant les événements relatifs à la qualité dans les services publics et notamment au CAF.

CONTENU GENERAL

- **Titre :** choisir un titre précis de façon à faciliter la recherche par mots clés.
- **Logo :** insérer le logo de l'organisme émetteur du document.
- **Date :** préciser la date de publication des documents de communication (mois et année).
- **Référence :** référencer le document.
- **Contact :** préciser l'adresse email, l'adresse postale et le site web, s'il existe.
- **Remarques :** choisir des photos et des couleurs vives afin d'attirer l'attention des lecteurs, privilégier un format unique, faire valider l'orthographe et la grammaire.

TEMOIGNAGE

- Sélectionner un témoignage correspondant au thème traité qui incite et encourage les lecteurs ou auditeurs à appliquer le CAF.
- Mentionner la source.
- Il est souhaitable que le témoignage soit récent (si possible de 6 mois à 1 an).
- L'annexe jointe à ce document donne une liste de sources et de références bibliographiques concernant des témoignages d'utilisateurs du CAF.

SPECIFICITES

NEWSLETTER

- **Mot de la rédaction :** l'équipe de la rédaction rédige quelques phrases, en guise d'introduction.
- **Infos-événements :** mentionner des informations ou des événements relatifs à la qualité. Pour des raisons de crédibilité, il est important de faire un compte rendu des événements dans une newsletter ultérieure.
- **Choisir un thème différent pour chaque publication,** et ce, dans des secteurs d'activité variés afin d'intéresser le maximum d'organisations.

VIDEO

- **Contenu :** filmer des témoignages des parties prenantes sur les difficultés rencontrées, les facteurs clés des réussites, les résultats (par exemple, la qualité perçue par les utilisateurs et les « clients »)
- **Remarques :**
 - choisir un échantillon représentatif des parties prenantes pour l'utilisation du CAF afin que les informations diffusées reflètent la réalité dans un but d'identification par les auditeurs ;
 - privilégier une durée courte (env. 30 min) avec des messages percutants pour ne pas lasser l'auditeur.

BROCHURE

- **Contenu :** insérer des informations relatives au référentiel CAF avec des illustrations

FIGURE 5 : Recommandations pour la réalisation de documents de communication [1]

Des références bibliographiques de documents relatant des « success stories » relatives à l'utilisation du CAF dans différents secteurs sont fournies en annexe. Les utilisateurs peuvent ainsi sélectionner les cas qui leur semblent les plus pertinents par rapport aux objectifs des documents de communication qu'ils concevront. L'analyse bibliographique des « succès stories » ainsi que des interviews d'utilisateurs du référentiel pourront fournir des éléments chiffrés convaincants.

Une rubrique intitulée « contenu général » regroupe les éléments communs aux différents supports de communication (newsletter, brochure, vidéo) et mentionne des recommandations sur la forme.

Une rubrique « témoignage », également commune à tous les supports de communication, donne des conseils quant au choix des témoignages d'utilisateurs du CAF.

Conclusion et perspectives

La démarche adoptée a permis de développer deux outils qui devraient aider les dirigeants à faire appliquer le CAF. Ces outils sont mis à disposition librement sur Internet [1].

Si elle est poursuivie, d'autres fiches pratiques pourraient être réalisées afin de faciliter la mise en place de démarches qualité et une analyse précise des différentes références bibliographiques concernant le CAF « success stories » ainsi que des interviews d'utilisateurs, pourraient permettre d'enrichir le retour d'expérience.

Références bibliographiques

- [1] ALVAREZ N., BOURGEOIS C., CONTRERAS C., RAKOTONIRAINY, Contribution à l'application du Cadre d'Auto-évaluation des Fonctions publiques (CAF), Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, <http://www.utc.fr/master-qualite>, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 169.
- [2] ARDESI, Une démarche qualité dans les lieux d'accès public à Internet et au Multimédia, FD 03/175, mai 2003. Disponible sur : www.ardesi.fr (consulté le 09 octobre 2010).
- [3] IEAP (Institut Européen d'Administration Publique), Le Cadre d'Auto-évaluation des Fonctions publiques, Common Assessment Framework, CAF 2006. Disponible sur : www.eipa.eu/en/ (consultée le 01 octobre 2010).
- [4] STAES P., THIJS N., STOFFELS A., HEIDLER L., « 10 years of CAF » More than 2000 CAF users, EIPASCOPE 2010/2. Disponible sur : www.eipa.eu (consulté le 04 novembre 2010).

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Poster de synthèse

CONTRIBUTION AUX BONNES PRATIQUES DE L'ÉVALUATION

**Mirela CHIOLHAN, Sonia MANAILA, Dragan MOKRIC, Jonathan TAHIATOHUPOKO,
Gilbert FARGES, Jean-Pierre CALISTE***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email: master-qualite@utc.fr – Site web: www.utc.fr/master-qualite

*réfèrent: jean-pierre.caliste@utc.fr

Résumé

L'évaluation et encore plus sa mise en pratique font l'objet de sérieuses critiques. Cet article présente les résultats d'une étude dont l'objectif est de pouvoir identifier des bonnes pratiques de l'évaluation pour une organisation grâce à un outil d'aide à leur sélection. Cet outil permet d'adapter les pratiques au contexte et à la culture de l'entité. De cette manière, l'organisation est évaluée de façon performante et personnalisée selon les bonnes pratiques identifiées.

MOTS-CLEFS

Évaluation, bonnes pratiques, qualité

Abstract

The evaluation and above all its practical application are the subject of serious critics. This article exposes the results of a study that has the purpose to identify the assessment best practices for an organization through a tool of assistance to their selection. This tool allows the adaptation of the practices to the entity's context and culture. Thus, the organization is evaluated using an efficient and personalized method, with the help of assessment best practices previously identified.

KEY WORDS

Assessment, best practices, quality

Introduction

L'évaluation est une pratique de plus en plus répandue dans notre société et elle a pour objectif d'offrir la possibilité d'appréhender la réalité du travail effectué et donc des résultats obtenus. Afin de partager leurs expertises, les acteurs de l'évaluation se sont regroupés en association au niveau national ou international (American Evaluation Association, International Development Evaluation Association, etc.).

Cependant, des difficultés résident dans cette pratique d'appréciation pluridisciplinaire. La nature interprétative de l'évaluation paraît être mal adaptée aux contextes des organisations [1] et cela est le plus souvent à l'origine d'un écart significatif entre les résultats d'une évaluation et la réalité du travail. Comme le souligne DEJOURS [2] cet écart s'explique en partie par l'existence de compétences tacites de l'individu ou du groupe d'individus évalué, qui sont relativement difficiles à expliciter et reconnaître et qui est à l'origine d'une dissonance. Sur la base de ce constat, cet article met en avant une méthodologie de mise en œuvre de l'évaluation pour diminuer cet écart et les effets dissonants associés.

1) La nécessité de l'évaluation dans une organisation

Chaque organisation est un système complexe qui évolue dans un environnement lui-même complexe. En particulier, plusieurs contraintes d'ordre politique, économique, écologique, socioculturel et législatif doivent être prises en considération. Face à des facteurs externes et internes de changement, l'organisme doit connaître la situation réelle dans laquelle il se trouve (état des lieux, diagnostic, autoévaluation, évaluation).

La situation économique actuelle qui affecte un grand nombre d'organisations rend l'évaluation primordiale et nécessaire pour assurer la pérennité des entités. L'évaluation doit permettre d'appréhender divers aspects d'une action et de ses résultats: son efficacité, son impact, sa cohérence au regard des objectifs. Elle doit également prendre en compte des aspects plus diffus (intangibles) comme la motivation, la cohésion de l'équipe, l'adhésion ou bien la prise de responsabilité.

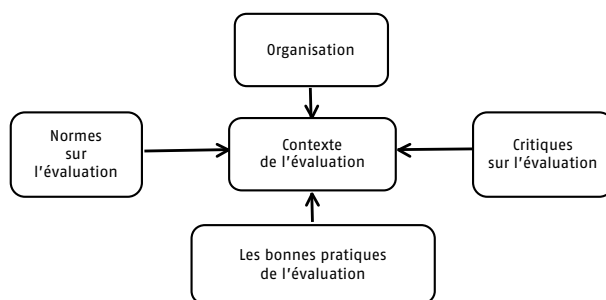


FIGURE 1 : Les actants d'une évaluation [4]

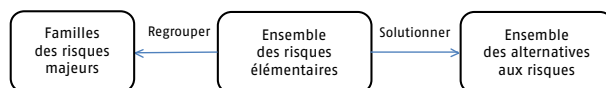


FIGURE 2 : Identification des risques dans l'évaluation [4]

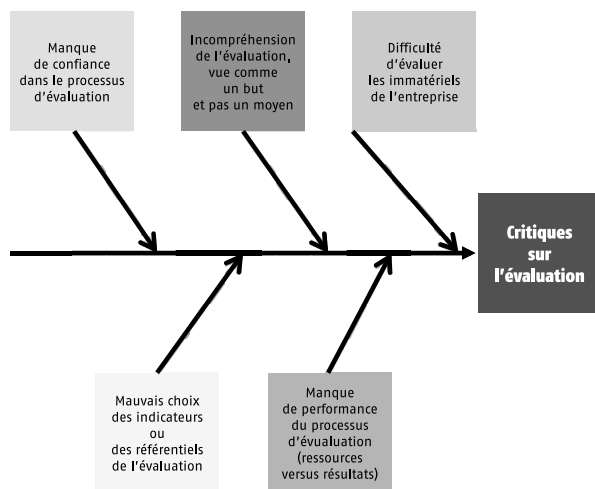


FIGURE 3 : Regroupement des risques en évaluation en 5 familles principales [4]

Une organisation qui souhaite mettre en œuvre une évaluation doit prendre en compte les principaux facteurs qui en influencent les pratiques (facteurs appelés aussi « actants », figure 1). En particulier, la pratique de l'évaluation ou de l'autoévaluation a fait l'objet d'une normalisation, notamment le FD X50-186 de l'AFNOR qui donne des lignes directrices applicables pour une autoévaluation. Cependant, ces recommandations restent génériques.

Les risques	Les pratiques alternatives
Tension entre l'évaluateur et l'évalué	Renoncer à l'évaluation personnelle et évaluer l'équipe
Peur de l'évalué sur la pratique de l'évaluation	Rassurer l'évalué sur la contribution de l'évaluation
L'évaluation n'est pas une démarche naturelle	Instaurer une culture de l'évaluation
L'essentiel à évaluer se dérobe à l'observation	Relayer les tâches pour percevoir le travail réel

FIGURE 4 : extraits des risques et les pratiques alternatives associées [4]

Par ailleurs, la notion d'évaluation est perçue comme subjective du fait d'un jugement de valeur d'un évaluateur face à une situation donnée. Comme le signale TOURMEN [3], un biais subsiste lorsqu'un évaluateur est adepte à un courant d'évaluation particulier ou lorsqu'il lui manque un savoir spécifique au périmètre d'évaluation. Bien que pour pallier à cet aspect subjectif et introduire de l'objectivité, l'évaluation ait recours à l'analyse d'indicateurs, ces derniers ne permettent pas de résoudre complètement le problème étant souvent à l'origine d'une vue partielle ou déformée, voir trompeuse, de la réalité.

2) Les risques à considérer durant une évaluation

Si le contexte d'une évaluation dépend de facteurs relativement stables (normes et critiques), il dépend aussi et surtout du contexte propre à l'organisation elle-même. Ceci doit conduire l'organisation à une réflexion sur ses propres pratiques en cherchant à mettre en œuvre celles qui lui sont adaptées et à identifier et rejeter les autres.

Le problème réside donc dans ce choix optimal. L'approche proposée consiste à ne retenir que celles présentant un minimum de risques (inconvenients). C'est cette façon de procéder qui a été retenue pour élaborer l'outil d'aide à la sélection de « bonnes » pratiques à mettre en œuvre (figure 2).

L'analyse des normes, des ouvrages et des articles présentent des recommandations de mise en œuvre

et permet d'identifier de nombreux risques associés à l'évaluation. Tel que le schématise la figure 2, l'ensemble des risques ont été regroupés en famille de risques et des alternatives correspondantes ont été déterminées.

Les familles de risques à considérer dans le processus d'évaluation sont au nombre de cinq et présentées en figure 3.

3) Exemple de risques et de pratiques alternatives

Face aux risques identifiés et regroupés en typologies, un ensemble de pratiques alternatives sont proposées pour les anticiper (Figure 4).

Chacune des pratiques alternatives est soumise au processus de décision décrit au paragraphe suivant. Cette liste peut être complétée en fonction des études complémentaires qui pourraient être menées.

4) Les bonnes pratiques d'évaluation adaptées à l'organisme

Les pratiques alternatives identifiées qui répondent aux risques peuvent constituer ou non des bonnes pratiques dans une organisation donnée. Aussi, un outil a-t-il été conçu pour permettre la sélection des bonnes pratiques de l'évaluation applicables à une organisation considérée. L'analyse de chaque pratique alternative en fonction des cinq principaux risques déduits précédemment est réalisée par une pondération multicritère (figure 5).

	R1	R2	R3	R4	R5	Taux d'adaptation
Pratique alternative (PA)	K1	K2	K3	K4	K5	Ti
Échelle de contribution Ki de la PA à la réduction du risque Ri :		Les cinq familles de risque Ri				
0 Ne contribue pas	R1 Manque de confiance dans le processus d'évaluation					
30 Contribue en partie	R2 Incompréhension de l'évaluation, vue comme un but et pas un moyen					
70 Élimine significativement le risque	R3 La difficulté d'évaluer les immatériels de l'entreprise					
100 Élimine le risque	R4 Un mauvais choix des indicateurs ou des référentiels de l'évaluation					
Formule d'obtention du Ti :	R5 Le manque de performance du processus d'évaluation (ressources vs résultats)					
$Ti = \frac{(Ci \sum_{i=1}^5 Ki)}{2500}$						
avec Ci = nombre de Ki différent de 0						

FIGURE 5 : Pondération multicritère d'une pratique alternative [4]

La figure 5 présente le tableau permettant la notation d'une pratique alternative (PA). La pratique alternative est évaluée selon l'échelle Ki définie graduellement, tel que chaque coefficient Ki correspond à la capacité de la PA à diminuer, voir éliminer, le risque Ri correspondant. Cette appréciation implique un jugement de valeur sur le potentiel de la PA à répondre à chaque famille de risque. Pour amoindrir cet effet subjectif il est nécessaire que cette appréciation soit effectuée par un groupe de travail représentatif multi compétent et multi hiérarchique, afin que chaque membre du groupe effectue sa cotation, déterminant ainsi un taux d'adaptation Ti.

L'ensemble des Ti ainsi obtenu va permettre de calculer pour chaque pratique alternative une moyenne et un écart type. La moyenne (Mi) exprimée en pourcentage permet de juger l'efficacité de la PA. L'écart type (ETi) exprimé en pourcentage permet de juger du niveau de consensus (dissensus) de la PA dans le groupe.

Ces deux critères, Mi et ETi, (figure 6) constituent les axes de la grille de classification des pratiques alternatives, qui peuvent être classées en trois catégories :

- les bonnes pratiques à mettre en œuvre,
- les pratiques recommandables,
- les pratiques à exclure dans le processus d'évaluation.

Conclusion et perspectives

En conclusion, les bonnes pratiques obtenues par l'utilisation de cet outil sont adaptées à la culture et au contexte de l'entreprise. En plus, l'outil permet également d'ajouter de nouvelles pratiques dans la grille de sélection offrant la possibilité d'actualiser l'outil en fonction du changement de l'environnement et des acteurs.

La méthode et l'outil d'aide à la décision ainsi élaborée restent à tester dans le but de vérifier la pertinence et la robustesse de ces propositions.

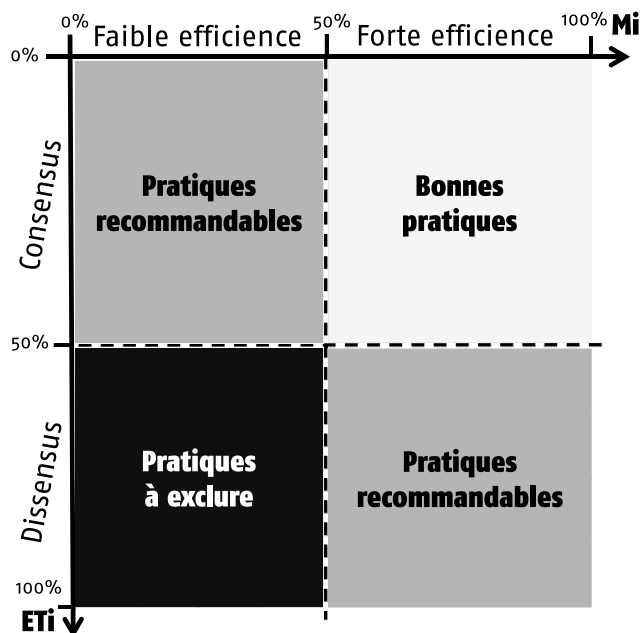


FIGURE 6 : La classification des pratiques [4]

Références bibliographiques

- [1] HAROCHE Claudine, « L'inévaluable dans une société de défiance », PUF cahier internationaux de sociologie, 2010, n° : 128-129, p 53-78 ;
- [2] DEJOURS Christophe, «L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation», INRA Edition, Paris, 2003 ;
- [3] TOURMEN Claire, « Les compétences des évaluateurs de politiques publiques », Formation emploi [En ligne], 104 | octobre-décembre 2008.

- [4] Contribution aux bonnes pratiques de l'évaluation, CHIOLHAN Mirela, MANAILA Sonia, MOKRIC Dragan, TAHIATOHIUPOKO Jonathan, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, URL : www.utc.fr/master-qualite, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 202

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Poster de synthèse

MAÎTRISER LES RISQUES

La maîtrise de la qualité peut être définie comme étant la mise oeuvre d'un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être visant la l'obtention de produits ou de services répondant à des spécifications. Cette maîtrise repose aussi sur la capacité à s'organiser vis-à-vis de la manifestation de sources d'incertitude pouvant compromettre l'obtention des caractéristiques spécifiées. De ce point de vue, il convient d'identifier ces diverses sources d'incertitude et d'agir en conséquence. Une première source d'incertitude vient des mesures elles-mêmes, une seconde est liée au niveau de connaissance des processus et de leurs interactions enfin une troisième réside dans les dysfonctionnements associant homme et technologie. Ces trois problématiques sont abordées dans les articles qui suivent.

Le premier article aborde la problématique de la maîtrise des appareils de mesure. Partant de l'étude de la démarche métrologique dans un laboratoire de recherche ou d'analyse, il développe le concept d'Assurance Qualité Instrumentale (AQI). Ce concept étudié et décrit sous la forme d'un processus, est complété par le développement d'un outil d'autodiagnostic dont l'objectif est de mesurer le niveau de mise en oeuvre de l'Assurance Qualité Instrumentale en identifiant les points d'amélioration ainsi que les points forts dans une logique d'amélioration continue.

Le second article traite de l'importance de la maîtrise des interactions au sein d'un processus complexe de distribution de médicaments sensibles. L'évolution des technologies pharmaceutiques concernant ce type de médicaments a conduit à la nécessité de plus de rigueur. De nombreux référentiels de bonnes pratiques ont donc été élaborés. Cet article présente un état des lieux des guides et référentiels associés à la maîtrise de la distribution des médicaments et propose un outil d'autodiagnostic basé sur les Bonnes Pratiques de Distribution Françaises.

Le troisième propose une méthodologie de mise à jour du document unique, outil obligatoire de prévention des risques dans une organisation. Dans un souci de simplification, il propose une méthodologie en trois phases, de l'enquête de perception des risques auprès des utilisateurs à une évaluation factuelle en passant par une analyse comparative auprès d'unités de travail similaires.

LA MAÎTRISE DE LA MÉTROLOGIE DANS UN PROJET DE RECHERCHE

Morgan CITEAU⁽¹⁾, Sana BOUSBIAT⁽²⁾, Jean-Pierre CALISTE^{(3)*}, Gilbert FARGES^{(2)*}

(1) Transformation Intégrées de la Matière Renouvelable (TIMR) – EA 4297

(2) BioMécanique et Bio Ingénierie (BMBI) – UMR7338

(3) Conception Qualité Produits et Processus (CQP2)

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Tél: +33 (0)3 44 23 44 23 – Site web: www.utc.fr/qualite-recherche

*référénts : jean-pierre.caliste@utc.fr ; gilbert.farges@utc.fr

Résumé

Afin d'approfondir la connaissance dans un objet ou un phénomène, de prendre une décision, de prévoir le risque, et enfin d'agir, il est nécessaire de recourir à la mesure. La maîtrise de la métrologie constitue un enjeu important pour en assurer la fiabilité, la justesse et la robustesse. L'étude de la démarche métrologique dans un laboratoire de recherche ou d'analyse, a donné lieu au développement du concept d'Assurance Qualité Instrumentale (AQI). Ce dernier, présenté sous la forme d'un processus déployé, a permis la mise au point d'un outil d'autodiagnostic, dont l'objectif est de mesurer le taux de réalisation de l'Assurance Qualité Instrumentale, cibler les points faibles et permettre la proposition d'axes d'amélioration continue.

MOTS-CLEFS

Métrologie, Assurance Qualité Instrumentale, Outil d'autodiagnostic.

Abstract

To improve the knowledge about an object or a phenomenon, to make a decision, to anticipate a risk and at last to act, it is necessary to measure. The metrology control is an important issue in order to assure the reliability, the accuracy and the robustness of the measure result. The new concept of the Instrumental Quality Assurance (IQA) helps to manage the metrology in a scientific laboratory research. A self-assessment tool based on process mapping, allows to plan quick diagnosis on the Instrumental Quality Assurance situation and then to identify the weaknesses and improvement axis.

KEY WORDS

Metrology, Instrumental Quality Assurance, self-assessment tool.

Introduction

Afin d'approfondir la connaissance dans un objet ou un phénomène, de prendre une décision, de prévoir le risque, et enfin d'agir, il est nécessaire de recourir à la mesure. Cependant pour des raisons diverses (précision du matériel, erreurs de l'utilisateur,...), son résultat n'est pas toujours une représentation entièrement juste. La grandeur mesurée s'accompagne alors d'une valeur d'incertitude qui quantifie la partie non maîtrisée de la connaissance. L'ensemble des techniques et des savoir-faire qui permettent d'effectuer ces mesures et d'avoir une confiance suffisante dans leurs résultats constitue la métrologie. Cette dernière est définie comme la science de la mesure, qui embrasse tous les aspects aussi bien théoriques que pratiques se rapportant aux mesurages, quelle que soit l'incertitude de ceux-ci, dans quelque domaine de la science et de la technologie que se soit [1].

Dans un contexte de multiplication des transactions commerciales, de l'évolution des technologies et de la production, d'une demande de justice sociale et pour faire face à la multitude des unités de mesure, il est apparu nécessaire, dès la plus Haute Antiquité, de définir un vocabulaire et des outils de mesure communs et durables [1].

Aujourd'hui, la création d'un environnement de coopération internationale en charge de la réglementation des systèmes de mesure, avec l'Organisation Internationale de la Métrologie Légale (OIML) [2], le Bureau International des Poids et Mesures (BIPM) [3], l'International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC) [4], ainsi que les organismes propres à chaque pays (ex : LNE en France) [5], montre bien les enjeux à la fois scientifiques, technologiques, économiques et sociaux de la métrologie.

1) La métrologie dans la recherche scientifique

Dans le monde, les activités des instituts nationaux liés à la recherche scientifique, et leurs laboratoires associés comptent 5000 scientifiques et près de 1 milliard d'euros de budget. Les opérations liées aux mesures représentent 4 à 6 % du produit intérieur brut dans les pays industrialisés [6].

La métrologie est une composante essentielle de la démarche qualité. Car elle contribue notamment à la compréhension de la signification du résultat d'une mesure d'un point de vue théorique (modèle, unités...) et expérimental (matériel, méthode, incertitude...). Au cours d'un projet de recherche scientifique, un expérimentateur est amené à s'interroger sur la manière de garantir des résultats de mesure fiables et pertinents. Les principales causes d'erreur et d'incertitude de la mesure peuvent provenir d'une mauvaise définition de la grandeur à mesurer, des incertitudes des équipements de mesure, du mode opératoire ou encore de l'influence des conditions ambiantes [7].

De précédents travaux ont été réalisés dans l'optique d'une démarche métrologique, et traitent notamment de la maîtrise des incertitudes de mesure, de la qualité d'un travail bibliographique, ou du management de la métrologie [8].

Cet article présente un nouveau concept simplifié et opérationnel de la métrologie : l'Assurance Qualité Instrumentale (AQI). Cette solution envisage de répondre aux besoins des laboratoires de recherche en termes d'amélioration de la fiabilité des mesures, et exploite un outil d'autodiagnostic permettant d'évaluer une situation initiale et d'identifier des axes d'amélioration prioritaires.

2) L'Assurance Qualité Instrumentale (AQI)

L'Assurance Qualité Instrumentale est un processus permettant de justifier la confiance de l'utilisateur dans un équipement de mesure. Il vient en complément d'autres processus parmi lesquels la maîtrise des incertitudes, le contrôle statistique des résultats, la veille scientifique et technologique, la maîtrise des bonnes pratiques du laboratoire, la maîtrise des opérations de mesure et d'analyse, la traçabilité... dont la réalisation garanti la fiabilité du résultat de mesure.

D'après la littérature [1, 7, 9, 13], six éléments contribuent principalement à assurer la qualité des équipements de mesure et d'analyse dans un laboratoire de recherche (Figure 1).

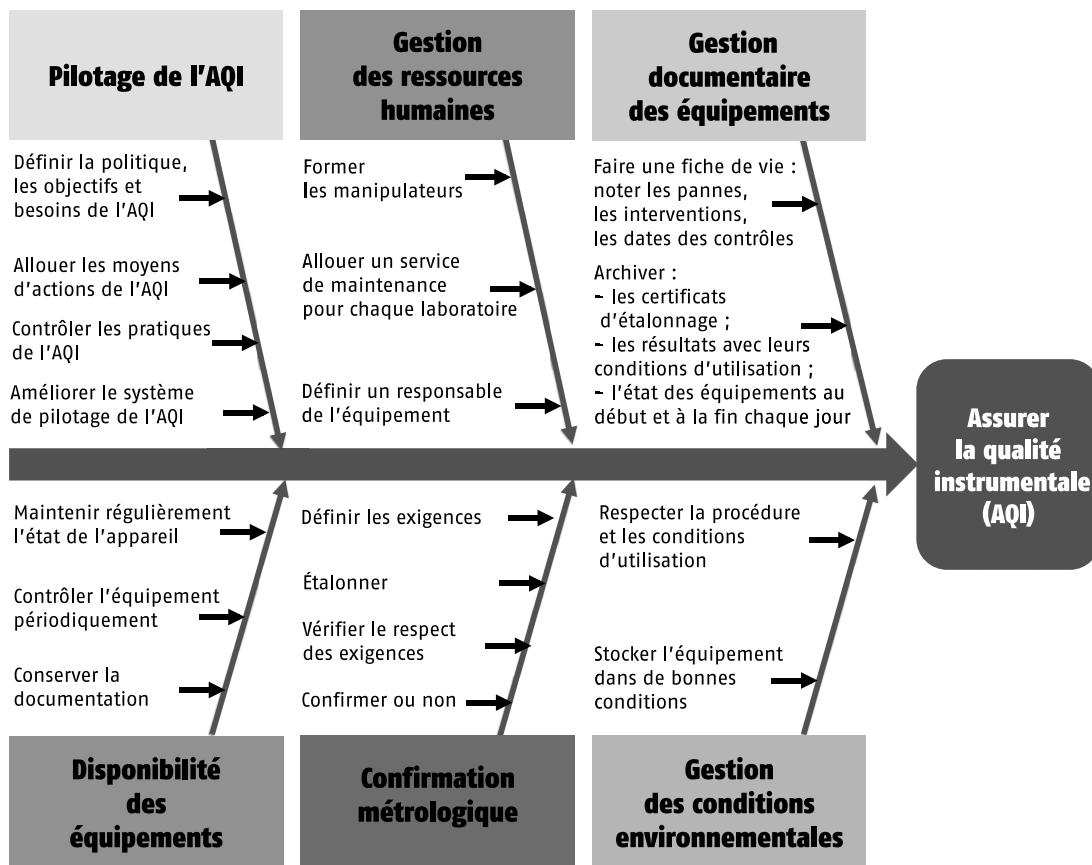


FIGURE 1: Les six facteurs contribuant à l'Assurance Qualité Instrumentale [16]

2.1) LE PILOTAGE DE L'ASSURANCE QUALITÉ INSTRUMENTALE (AQI)

Le pilotage et l'organisation de l'AQI sont menés par la direction du laboratoire. Cependant, à son niveau, l'utilisateur des équipements de mesure et d'analyse y participe également, puisque celui-ci s'assure de l'état de ses équipements lors d'une expérience. De plus, il est le premier intéressé par l'effet de l'Assurance Qualité Instrumentale sur la robustesse de ses mesures et par conséquent sur la crédibilité de son projet de recherche. C'est pourquoi, les rôles respectifs de la direction et de l'utilisateur des équipements sont différenciés :

- La direction fixe la politique et les objectifs de l'Assurance Qualité Instrumentale du laboratoire et alloue les moyens d'action nécessaires pour son bon déploiement. Elle explique le système de management au personnel utilisateur et par-

ticipe aux revues périodiques de l'AQI afin d'ajuster ses objectifs et d'améliorer le système de management.

- L'utilisateur des équipements définit ses attentes en matière d'assurance qualité instrumentale et les moyens d'y répondre. Les besoins propres à chaque utilisateur sont discutés au cours de réunions régulières d'évaluation des pratiques, afin de partager, sensibiliser et agir ensemble. L'utilisateur contrôle ses pratiques d'AQI par rapport aux besoins et moyens initialement définis, puis réalise des retours d'expérience afin d'identifier les améliorations nécessaires.

2.2) GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.

Le facteur de gestion des ressources humaines permet d'assurer l'organisation prévisionnelle des emplois et des compétences. Pour cela, il semble important de :

- définir les fonctions et les capacités de chaque membre de l'équipe, et identifier les responsables des services et des équipements,
- communiquer, afin notamment de faciliter les relations et les échanges entre les services,
- former le personnel aux questions d'assurance de la qualité des instruments.

2.3) GESTION DOCUMENTAIRE DES ÉQUIPEMENTS.

Le facteur de gestion documentaire des équipements permet d'assurer la traçabilité de l'équipement et des conditions d'utilisation. Pour cela, il est souhaitable d'identifier un responsable de la documentation, afin de coordonner l'archivage, la mise à jour et la diffusion d'un ensemble de documents, comprenant :

- la documentation-constructeur,
- la fiche de vie de l'équipement, qui sert à l'enregistrement de toutes les utilisations ou interventions [10],
- les procédures d'étalonnage, de vérification, de maintenance, et d'utilisation [11].

2.4) DISPONIBILITÉ DES ÉQUIPEMENTS.

La disponibilité fonctionnelle de l'équipement de mesure est un facteur indispensable à l'assurance qualité instrumentale. Elle nécessite :

- le choix d'un équipement adapté en fonction de l'étendue de la mesure et de la précision souhaitée,
- l'enregistrement des interventions effectuées (mesurage, étalonnage ou maintenance) sur la fiche de vie de l'équipement afin de connaître l'état de l'équipement,
- la mise en place et le respect d'un planning d'utilisation de l'équipement.

2.5) PROCESSUS DE CONFIRMATION MÉTROLOGIQUE.

Le facteur de confirmation métrologique d'un équipement de mesure est essentiel à l'assurance qualité instrumentale. Il est conseillé, d'après des textes normatifs européens et internationaux [12, 13] de :

- définir les exigences métrologiques, notamment la définition de l'erreur maximale tolérée et la précision du résultat de mesure souhaitée,
- d'effectuer et de vérifier l'étalonnage de l'équipement par rapport aux exigences précédemment définies,
- de statuer sur la conformité ou non de l'équipement. Dans le cas d'une non-conformité, une démarche palliative et corrective est alors envisagée.

2.6) CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES DE TRAVAIL OU DE STOCKAGE DES ÉQUIPEMENTS

Au niveau du facteur de gestion des conditions environnementales, trois points critiques peuvent être identifiés quant au respect des conditions :

- d'utilisation, selon les recommandations du constructeur de l'équipement,
- de stockage par le contrôle et le maintien des conditions environnementales adaptées,
- de manutention, lors du déplacement des équipements.

3) Cartographie matricielle de l'Assurance Qualité Instrumentale (AQI)

Les 6 facteurs précédemment détaillés, constituent les bonnes pratiques de l'Assurance Qualité Instrumentale. Afin de les visualiser dans la démarche globale, l'AQI est présentée sous la forme d'une cartographie matricielle des processus (Figure 2).

Les parties-prenantes sont prises en compte en entrée de processus par l'expression de leur besoin de garantir la qualité métrologique. Puis, elles contribuent avec l'ensemble des services, à la réalisation des sous-processus associés aux bonnes pratiques. Ces dernières sont regroupées dans 4 grands processus, liés dans une boucle d'amélioration continue selon le modèle de l'ISO 9001 (norme relative aux systèmes de management de la qualité [14]). Ceux-ci comprennent la direction, le management des ressources, la réalisation et enfin la surveillance de l'AQI pour lequel un outil d'autodiagnostic est proposé (Figure 2).

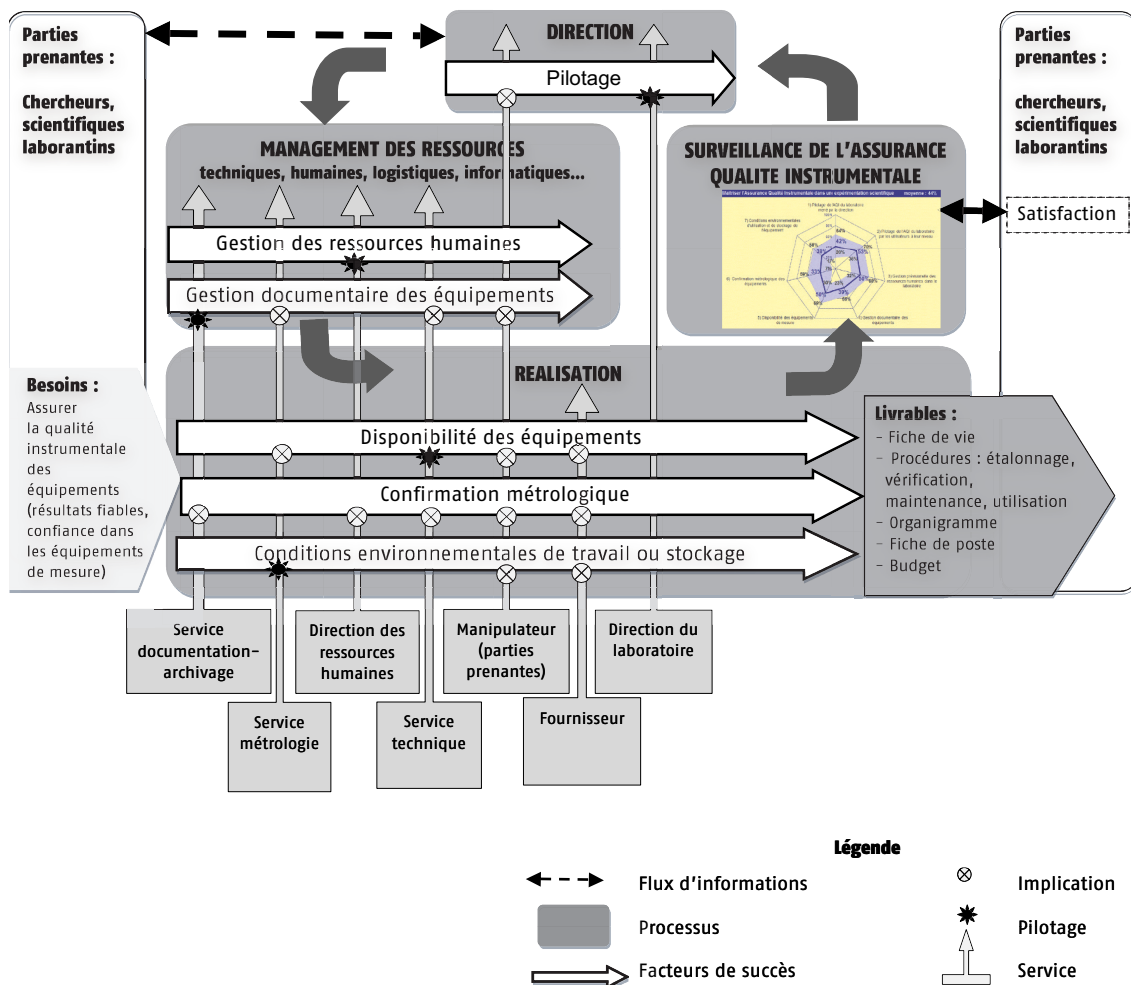


FIGURE 2 : Cartographie matricielle du processus de l'Assurance Qualité Instrumentale (AQI) [16]

4) Outil d'autodiagnostic "AQI"

L'étude du processus d'Assurance Qualité Instrumentale et de ses facteurs de maîtrise induit l'élaboration d'un outil d'autoévaluation permettant la surveillance et la progression des pratiques.

L'outil est basé sur un tableur automatisé qui permet une évaluation rapide d'un laboratoire par les acteurs du laboratoire. La grille d'évaluation comprend 7 bonnes pratiques (les 6 facteurs principaux dont celui du pilotage scindé en deux), détaillées chacune par 5 à 7 critères de réalisation. L'utilisateur répond aux propositions selon une échelle de véricité à six niveaux : Faux unanime (0%), Faux (20%), Plutôt faux (40%), Plutôt vrai (60%), Vrai (80%), Vrai prouvé (100%).

L'ensemble des résultats est ensuite présenté en temps réel, dans un diagramme 'radar' de synthèse à 7 branches (Figure 3). Ces résultats peuvent dès lors être imprimés, capitalisés dans le système d'Assurance Qualité Instrumentale et servir de documents de preuve pour une auto-déclaration de conformité selon la norme ISO 17050 [15].

5) Application de l'outil et discussion des résultats

Cet outil a été proposé à un laboratoire, où huit personnes ont répondu au questionnaire, parmi lesquelles six doctorants, un jeune docteur et un enseignant-chercheur, tous utilisateurs des équipements de mesure et dont l'ancienneté au sein du laboratoire varie de 1 à 5 ans. En moyenne, l'utilisation

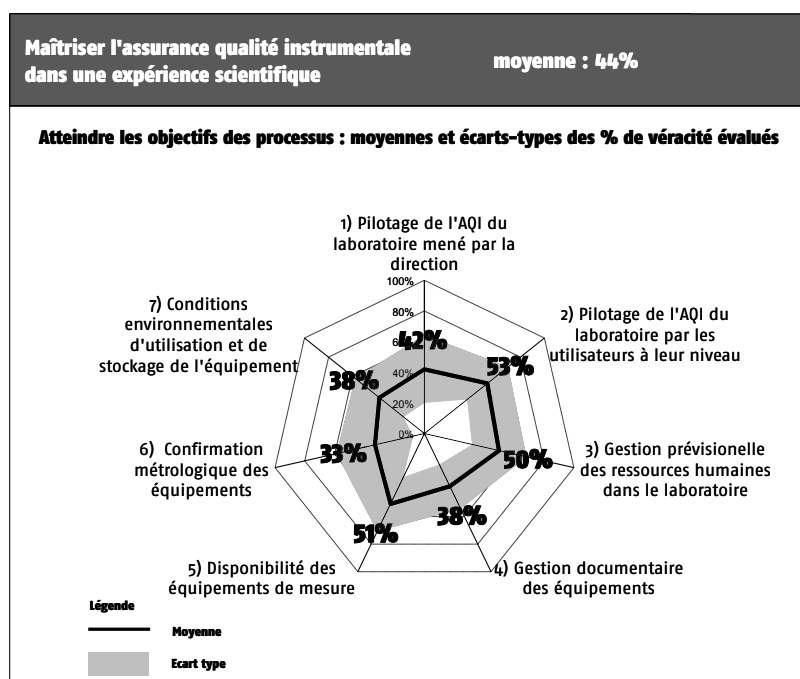


FIGURE 3 : Résultat de l'autoévaluation de l'Assurance Qualité Instrumentale dans un laboratoire [16]

de l'outil leur a demandé 15 minutes. Globalement, l'Assurance Qualité Instrumentale est maîtrisée à 44% (Figure 3). Parmi les sept bonnes pratiques testées, quatre ont eu des taux de réalisation inférieurs à 50% : le processus de confirmation métrologique (33%), la gestion des conditions environnementales (38%), la gestion documentaire, et le pilotage de l'AQI (42%). Les écarts-types sont en moyenne de 20%, ce qui traduit une perception et des pratiques des membres du laboratoire très diverses.

Afin de cerner les points critiques dans chaque bonne pratique et de définir les axes d'amélioration prioritaires, une analyse approfondie a été faite :

- Ainsi, au niveau de la direction, le système de management n'est pas clairement défini, ce qui se traduit par une mauvaise compréhension par les utilisateurs.
- Au sein du groupe des usagers, il ressort un manque de retours d'expérience et de formations en Assurance Qualité Instrumentale.
- Il est noté aussi l'absence pour chaque instrument d'un responsable identifié qui aurait pour rôle la gestion documentaire (procédures, et enregistrements), la formation à l'utilisation de

l'équipement, ainsi que la planification des pratiques (étalonnage, utilisation, contrôle).

- La mise en place d'actions correctives serait une première démarche dans la résolution de ces problèmes.

Conclusion

L'Assurance Qualité Instrumentale (AQI) est un nouveau concept, développé dans le cadre de la démarche qualité en recherche, dont l'objectif est de garantir la fiabilité de sa mesure. Six facteurs principaux doivent être pris en compte pour en assurer la réussite : le pilotage du système, la gestion prévisionnelle des ressources humaines, la gestion documentaire des équipements, la disponibilité des équipements, la confirmation métrologique, et les conditions d'utilisation et de stockage des équipements.

Un outil d'auto-évaluation de l'Assurance Qualité Instrumentale dans un laboratoire de recherche et d'analyse est proposé et téléchargeable librement sur internet [16]. Il permet de quantifier le niveau de maîtrise des bonnes pratiques par les utilisateurs des instruments de mesure, d'identifier les points critiques et les axes d'amélioration prioritaires.

Dans le milieu scientifique, la fiabilité des résultats de mesure met en jeu la crédibilité des connaissances produites, la qualité des publications et la notoriété du chercheur et de son laboratoire. Pour ces raisons, la confiance dans les équipements et les résultats de mesure est fondamentale pour la qualité scientifique.

Références bibliographiques

- [1] Métrologie – Gérer et maîtriser les processus et les équipements de mesure – volume 1, Ed. Afnor® 2005, <http://sagaweb.afnor.org>
- [2] Portail de l'IOLM: International Organization of Legal Metrology, <http://www.oiml.org/>
- [3] Portail du BIPM: Bureau International des Poids et Mesures, <http://www.bipm.org/>
- [4] Portail de l'ILAC: International Laboratory Accreditation Cooperation, <http://www.ilac.org/>
- [5] Portail du LNE : Laboratoire National de Métrologie et d'essai, <http://www.lne.fr/>
- [6] Dossier Métrologie, magazine de l'instrumentalisation et des automatismes industriels, MESURES 776, juin 2005, www.mesures.com/archives/776bnmlne.pdf (site consulté en mars 2010)
- [7] Marc Himbert, 1997, Métrologie : un langage universel pour les sciences et techniques, Ed Société Française De Génie Des Procédés, Récents progrès en Génie des Procédés, <http://smdsi.quartier-rural.org/enseignement/himbertm.htm> (site consulté en avril 2010)
- [8] Centre de ressources « Qualité en recherche : travaux utiles en qualité-recherche », www.utc.fr/qualite-recherche/ (site consulté en mars 2010)
- [9] NF EN ISO/CEI 17025, Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais, Ed. Afnor® 2005, <http://sagaweb.afnor.org>
- [10] FD X 07-018, Métrologie – Métrologie dans l'entreprise – Fiche de vie des équipements de mesure, de contrôle et d'essai, Ed. Afnor® 1997, <http://sagaweb.afnor.org>
- [11] FD X 07-016, Métrologie dans l'entreprise – Modalité pratique pour l'établissement des procédures d'étalonnage et de vérification des moyens de mesure, Ed. Afnor® 1993, <http://sagaweb.afnor.org>
- [12] FD X 07-014, Métrologie – Optimisation des intervalles de confirmation métrologiques des équipements de mesure, Ed. Afnor® 2006, <http://sagaweb.afnor.org>
- [13] NF EN ISO 10 012, Système de management de la qualité – Principes essentiels et vocabulaire, Ed. Afnor® 2003, <http://sagaweb.afnor.org>
- [14] NF EN ISO 9001, Système de management de la qualité – Exigences, Ed. Afnor® 2008, <http://sagaweb.afnor.org>
- [15] NF EN ISO/CEI 17050-1, Évaluation de la conformité - Déclaration de conformité du fournisseur, Ed. Afnor® 2005, <http://sagaweb.afnor.org>
- [16] Sana Bousbiat, Morgane Citeau, 2010, Maîtrise de la métrologie dans un projet de recherche scientifique, www.utc.fr/qualite-recherche, puis "Travaux Qualité-Recherche"

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'autodiagnostic
- Poster de synthèse

BONNES PRATIQUES DE DISTRIBUTION DES PRODUITS SENSIBLES (MÉDICAMENTS)

**JJulia Cristina ACOSTA TELLEZ, Arnaud BEAUDET, Sarah EL AZIZ,
Hanane SAIGHI, Sophie SOUMARÉ, Gilbert FARGES***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couitolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email : master-qualite@utc.fr – Site web : www.utc.fr/master-qualite

*référent : gilbert.farges@utc.fr

Résumé

La distribution des médicaments est un enjeu majeur du secteur pharmaceutique. En effet, ce dernier représente un marché global de 870 milliards de dollars. La France est le 4ème marché européen pour un chiffre d'affaire global de près de 51,4 milliards d'euros en 2010. L'évolution des technologies pharmaceutiques et l'apparition sur le marché de produits présentant divers types de sensibilités, pouvant dégrader la qualité des médicaments, ont engendré plus de rigueur et de prudence à l'égard des aspects réglementaires et des enjeux sanitaires et économiques qui en découlent. Dans cette optique, de nombreux référentiels ont été dévelop-

pés afin de maîtriser le transport des produits pharmaceutiques, mais rares sont ceux qui abordent spécifiquement le transport des produits sensibles.

Cet article présente un état sur les guides et référentiels associés à la maîtrise de la distribution des médicaments et propose un outil d'autodiagnostic pour aider au respect des exigences qualité et sécurité sur la base des Bonnes Pratiques de Distribution Françaises.

MOTS-CLEFS

Distribution, Transport, Stockage, Réception, Produits sensibles, Médicaments, Guide de bonnes pratiques, Autodiagnostic.

Abstract

The distribution of medicines is one of the most important issues of the pharmaceutical sector. Actually, this sector represents 870 billion dollars of the global market. France is the 4th European market with 51.4 billion euros of global turnover in 2010.

The evolution of pharmaceutical technologies and the apparition on the market of products with different sensitivities, that can affect the quality of the medicines, had led to the fact that sanitary, security and economical issues are now strictly and prudently controlled according to the guidelines and sanitary and economical issues.

Within this perspective, many standards and documents had been developed in order to control the transportation of pharmaceutical products. Nevertheless, few of them addresses specifically to the transportation of sensitive products.

This article presents the guidelines and referentials associated to the control of the distribution of medicines and suggests a self-assessment tool to help to respect the quality and security exigencies of the French Good Distribution Practices.

KEY WORDS

Distribution, Transportation, Stocking, Reception, Sensitive products, Medicines, Good Practices Guidelines, self-assessment.

Contexte et Enjeux

Le secteur pharmaceutique est un secteur important sur le plan économique. En 2010, il représentait un chiffre d'affaire de près de 51,4 milliards d'euros en France, en progression de 2,4% par rapport à 2009 [1], pour un marché mondial atteignant les 870 milliards dollars [2]. C'est donc un secteur où la maîtrise des processus représente un enjeu économique majeur. Le deuxième enjeu important est sanitaire, en effet la préservation de l'intégrité et de la conformité réglementaire des produits transportés sont des éléments essentiels pour préserver la santé des patients.

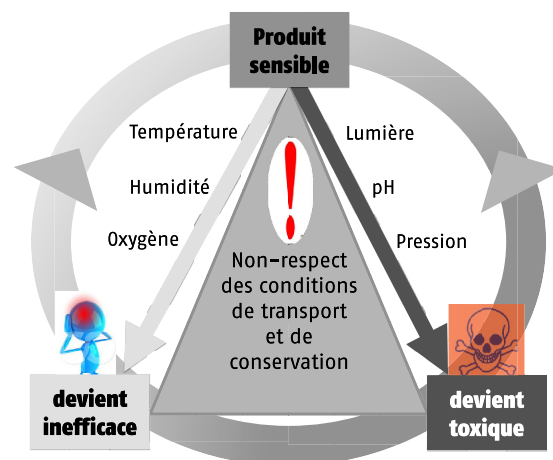


FIGURE 1 : Conséquences d'un non respect des conditions de transport et de stockage des produits sensibles [4]

Dans un marché ultra compétitif, pour être un leader sur la scène internationale, l'industrie pharmaceutique doit maîtriser tout le cycle de vie du médicament et plus particulièrement ceux considérés comme produits sensibles.

Les produits sensibles sont des produits dont la dégradation est favorisée par l'oxygène, l'humidité, la lumière ou la pression, des produits d'origine biologique (hormones, dérivés du sang) ainsi que certains produits présentant un risque potentiel lors de la manutention et du transport (radioéléments, produits d'oncologie).

Les processus de dégradation des produits sensibles les plus fréquemment avancés sont l'hydrolyse et l'oxydation, la photo dégradation et la dénatura-tion. Ces phénomènes font intervenir l'eau, l'oxygène, la lumière ainsi que la température, induisant principalement un risque de dégradation du principe actif, de l'excipient ou de la forme galénique.

En effet, le taux de produits non conformes dû aux aléas de transport représentent un déficit financier à la fois direct et indirect (rappel de produits, poursuite judiciaire), jouant sur les finances d'une entreprise.

La distribution des produits sensibles est donc une étape-clé de la chaîne d'approvisionnement du médicament, au cours de laquelle les conditions de conservation des produits à transporter doivent être rigoureusement respectées afin d'éviter une éventuelle



FIGURE 2 : Circuit de distribution des médicaments en France [4]

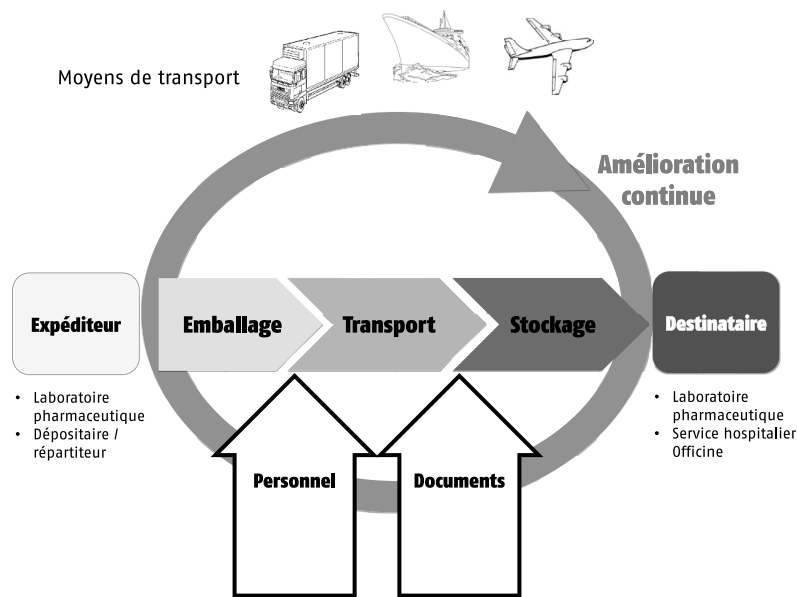


FIGURE 3 : Schéma du processus de distribution [4]

amorce du processus de dégradation du produit, entraînant une perte d'efficacité, voire une toxicité. En France, plus de 1,2 million de patients utilisent des produits thermosensibles [3].

Il est donc important qu'une démarche d'amélioration continue de la distribution des produits sensibles soit établie dans le cadre d'une politique qualité, afin de garantir aux patients un produit de qualité, efficace, sûr et conforme aux exigences des agences réglementaires (Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), Food and Drug Administration (FDA),...) préservant ainsi la pérennité des laboratoires dans l'économie du marché.

1) L'approche processus de la distribution des médicaments

Une fois fabriqué, le produit pharmaceutique intègre un processus de distribution faisant intervenir plusieurs acteurs à différents niveaux. Cette chaîne

de distribution (Figure 2) passe par plusieurs maillons intermédiaires (dépositaires, répartiteurs, grossistes...) avant d'aboutir aux derniers maillons (officines, pharmacies hospitalières) qui dispensent directement le produit au patient. Les différents acteurs impliqués dans ce circuit de distribution sont strictement définis par la législation en France, de même que leurs prérogatives et leurs champs d'action [7].

Le processus de distribution comprend l'emballage, le transport et le stockage des produits et fait intervenir des moyens de support humains et logistiques. De ce fait, la maîtrise de la notion de flux de transport doit être évaluée au regard des exigences qualité des produits de santé, du respect de leur intégrité et des conditions rencontrées.

La figure 3 illustre le processus de distribution des produits pharmaceutiques et donne une vision globale du processus.

N° DE CHAPITRE	BONNES PRATIQUES	EVALUATION	MODE DE PREUVES ATTENDUES	JUSTIFICATIONS
PERSONNEL				
2.4/7,7	Il existe des fiches de fonction écrites décrivant les postes, les niveaux de compétences du personnel et les tâches spécifiques	Vrai Prouvé	documents	
1.2	Les responsabilités de la direction de l'entreprise sont définies sans équivoque	Vrai Prouvé		
2.2	L'organigramme de l'entreprise est établi	Vrai Prouvé	documents	

FIGURE 4 : Exemple de saisie avec la grille d'autodiagnostic sur les BPD Françaises [4]

2) Référentiels de bonnes pratiques

Bien que le schéma du processus distribution soit standard, les guides des bonnes pratiques diffèrent selon le type de législation régissant les pays: Food and Drug Administration (USA), Lignes Directrices Européennes 94/C 63/03 [5], World Health Organisation (OMS), Bonnes Pratiques de Fabrication GUI-0001 (Canada) [6], Bonnes Pratiques de Distribution Françaises [7].

Ces différents référentiels font tous référence aux pratiques de distribution. Cependant, mêmes si certains abordent la distribution des produits thermosensibles (vu l'enjeu économique, par exemple les vaccins représentent 9,5 milliards d'euros au niveau mondial en 2007 [9]), aucun de ces référentiels n'aborde les bonnes pratiques de distribution d'autres types de sensibilité tels que la photosensibilité, la sensibilité à l'humidité, à l'oxygène...

Suite à une étude bibliographique approfondie [4], les Bonnes Pratiques de Distribution (BPD) Françaises, mentionnées à l'article L.5136-1 du code de la santé publique, ont été retenues comme base pour l'établissement d'une grille d'autodiagnostic de bonnes pratiques de distribution des produits pharmaceutiques sensibles.

Ces BPD Françaises se structurent en 8 grands chapitres ayant chacun trait à une étape, un mode d'organisation ou une procédure spécifiques de la chaîne de distribution tels que : la gestion de la qua-

lité, le personnel, les locaux et matériel, la réception, le stockage, la livraison, le traitement des produits défectueux et des réclamations et enfin le système documentaire et le mode de déroulement de l'auto inspection [7].

L'établissement d'une grille d'évaluation basée sur ces bonnes pratiques de distribution vise à assurer la qualité des produits pharmaceutiques fabriqués et à la maintenir tout au long de la chaîne pharmaceutique.

3) La grille d'autodiagnostic

Cette grille s'adresse à la fois aux laboratoires pharmaceutiques, aux dépositaires – répartiteurs ainsi qu'aux entreprises de transport. Elle permet de s'auto-évaluer (audit interne) ou d'évaluer un sous-traitant (audit externe), c'est-à-dire de faire un état de lieux de l'activité selon les BPD Françaises. C'est un outil qui va permettre d'améliorer le contrôle et la traçabilité du transport ainsi que les moyens de stockage de l'entreprise. La grille est disponible gratuitement et téléchargeable via internet [4].

Elle a été construite selon les processus de distribution des BPD Françaises avec un système de cotation à 4 niveaux : Faux, Plutôt faux, Vrai, Vrai prouvé qui sont associés à un pourcentage de véracité, respectivement 0%, 35%, 70%, 100%.

Par la suite, elle permet de visualiser les résultats d'évaluation d'une situation organisationnelle afin

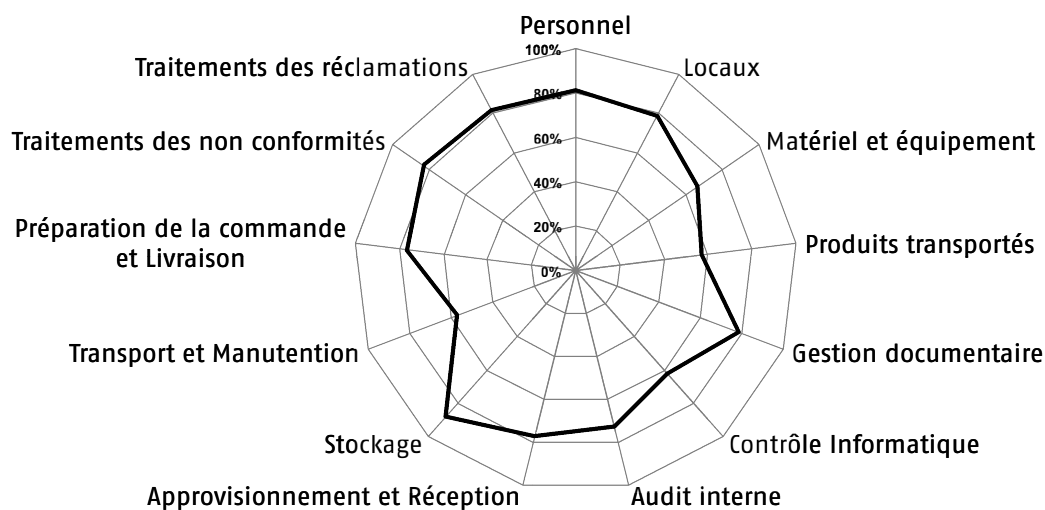


FIGURE 5 : Exemple de taux de respect des bonnes pratiques pour chaque chapitre [4]

d'établir les actions prioritaires à mettre en place pour respecter les BPD. Les résultats sont présentés à l'utilisateur sous forme d'un pourcentage de respect des bonnes pratiques de chaque processus, puis sous forme d'un graphique radar permettant de visualiser en un coup d'œil les processus à améliorer en priorité (Figure 5).

Cette grille peut être adaptée selon le type de sensibilité du produit à distribuer. Par exemple : dans le cas des produits thermosensibles (vaccins), les BPD Françaises pourraient être renforcées par les données figurant dans les chapitres des GUI-0069 du Canada [8] et aboutir ainsi à un référentiel plus exhaustif et surtout plus spécifique au type de sensibilité du produit.

Conclusion

Dans un contexte de mondialisation, le marché pharmaceutique se doit de maîtriser et de suivre de près ses activités et plus particulièrement ses processus de distribution. Dans cette optique, la maîtrise des produits sensibles distribués est un élément essentiel permettant d'assurer la conformité et la sécurité des produits dispensés aux patients. Les nombreux référentiels existants constituent une source documentaire abondante mais difficilement exploitable, du fait d'une législation et d'un champ d'application différents selon les pays.

Une grille d'autodiagnostic adaptée aux BPD Françaises est proposée gratuitement aux professionnels de distribution français [4]. De par sa structure, cette grille peut être modulée selon le type de sensibilité du produit à transporter, actualisée selon les référentiels réglementaires en vigueur, ou en fonction des réclamations reçues de la part des professionnels l'utilisant.

Ses utilisateurs peuvent ainsi adopter une démarche d'amélioration continue dans le cadre d'une politique qualité. Elle permettra ainsi de garantir aux clients un service de qualité, une maîtrise du processus de distribution et la conformité réglementaire des produits délivrés aux patients.

Références bibliographiques

- [1] Chiffre d'Affaire du marché pharmaceutique en 2010, Leem. 2011, www.leem.org, consulté en décembre 2011.
- [2] Marché Mondial du secteur pharmaceutique, Leem. 2011, www.leem.org, consulté en décembre 2011.
- [3] La France reçoit le prix Leading Innovation 2010 pour ses innovations en diabète, Medactiv. 2010, <http://medactivfrance.blogspot.com>, consulté en novembre 2011.

- [4] Bonnes pratiques de Distribution des produits sensibles (Médicaments), ACOSTA Julia Cristina, BEAUDET Arnaud, EL AZIZ Sarah, SAIGHI Hanane, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, <http://www.utc.fr/master-qualite>, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 199.
- [5] Ligne Directrice Européenne 94/C 63/03, OAMed, <http://www.swissmedic.ch>, consulté en octobre 2011.
- [6] Lignes directrices des Bonnes pratiques de fabrication (BPF) - édition 2009, version 2 (GUI 0001), Santé Canada. 2011, <http://hc-sc.gc.ca>, consulté en octobre 2011.
- [7] Bonnes pratiques de distribution en gros, Afsaps. 2010, <http://www.afssaps.fr>, consulté en octobre 2011.
- [8] Lignes directrices concernant le contrôle de la température des médicaments pendant l'entreposage et le transport GUI-0069, Louise Jodoin, Tonino Antonetti et al. 2011. Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments, Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca>, consulté en octobre 2011.
- [9] Vaccins : les producteurs des pays du sud, JJ.BERTRAND, 2007, Médicale Tropicale pages 347-350, <http://www.revuedemedecinotropeale.com>, consulté en décembre 2011.

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'autodiagnostic
- Poster de synthèse

MAÎTRISE DES RISQUES : CONTRIBUTION AU DOCUMENT UNIQUE DANS UNE UNITÉ DE TRAVAIL

**Simona ALDEA, Jean-Rémi BOIVIN, Aurore MERESSE,
Luce Murielle NZANG NZE , Gilbert FARGES*, Frédéric GILLE***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Coultolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email : master-qualite@utc.fr – Site web : www.utc.fr/master-qualite

*référénts : gilbert.farges@utc.fr ; frederic.gille@utc.fr

Résumé

Le Document Unique est un outil obligatoire de la prévention des risques dans une organisation afin de réduire les risques. Il découpe l'organisation en unités de travail, retranscrit pour chacune d'elles les résultats de l'évaluation des risques et liste les solutions d'amélioration à mettre en œuvre.

Dans le but de mettre à jour le Document Unique, une méthode en trois phases de résolution est proposée pour l'évaluation des risques dans chaque unité de travail :

- Une enquête de perception des risques auprès des acteurs de l'unité de travail,

- Une analyse comparative (« Benchmark ») auprès d'unités de travail similaires,
- Une évaluation factuelle des risques présents dans l'unité de travail.

La méthode permet d'élaborer un référentiel d'identification et d'analyse d'éléments factuels ou perçus dans les unités de travail, de remplir le document d'évaluation des risques, de mettre à jour le Document Unique et d'en élaborer un plan de prévention pour pérenniser la maîtrise des risques dans l'ensemble de l'organisation.

MOTS-CLEFS

Évaluation du risque, document unique, qualité

Abstract

The Single Document is a mandatory tool of the risk prevention in an organization to reduce risks. For that, the working-units of the organization are identified, for each of them the risk is evaluated and the action plans have to be implemented.

In order to update the Single Document, a solving method in three steps is proposed for the risk assessment in each working-unit:

- A survey of the risk perception among those actors involved in the working-unit,
- A comparative analysis ("Benchmark") with similar working-units,
- A factual assessment of risks in the working-unit.

The result is a guidelines document to identify and analyze factual or perceived elements in working-units, to fill out the risk assessment document, to update the Single Document and to make a prevention plan in order to perpetuate the risk management in the whole organization.

KEY WORDS

Risk assessment, single document, quality

1) Contexte et enjeux

La réglementation en vigueur en France concernant la santé et la sécurité des travailleurs rend obligatoire l'identification et la classification des risques auxquels sont soumis les acteurs en vue de mettre en place des actions de prévention [1]. Ces résultats doivent être retranscrits dans un document appelé "DOCUMENT UNIQUE" permettant d'informer les personnels et les autres acteurs des risques encourus, de les localiser et de communiquer sur les actions de prévention qui ont été ou devront être menées.

Conformément à cette réglementation, le Document Unique doit être établi suivant plusieurs étapes :

- Subdiviser l'organisation en unités de travail dans lesquelles l'exposition aux risques est relativement homogène,

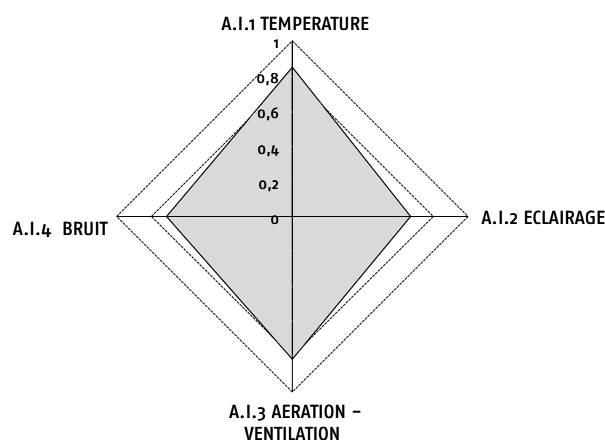


FIGURE 1: Exemple d'une représentation graphique pouvant être obtenue à l'issue de l'évaluation factuelle des risques [2].

- Pour chaque unité de travail ainsi définie, réaliser une évaluation des risques,
- Retranscrire les résultats de l'évaluation de l'ensemble des unités de travail dans un même document : le Document Unique, permettant d'obtenir une « cartographie des risques » à l'échelle de l'organisation toute entière.

Cependant, aucun format type de ces documents, ni aucune méthode, ne sont imposés par la réglementation. Chaque organisation est libre de réaliser l'évaluation des risques de la façon qu'elle souhaite. L'objectif de ce projet est de proposer une méthode globale, applicable à n'importe quelle unité de travail de tout type d'organisation, dans le but de réaliser au mieux cette évaluation des risques.

Les enjeux associés à une telle approche sont multiples. En effet, la méthode proposée viserait à réduire les risques pour les travailleurs, garantir l'intégrité du patrimoine, sensibiliser les différents acteurs à la santé et à la sécurité, contribuer à l'amélioration des conditions et espaces de travail et répondre à la réglementation en vigueur de manière à ne pas s'exposer à des sanctions pénales ou civiles.

2) Méthode de résolution

L'évaluation des risques est basée sur l'identification d'éléments factuels ou perçus, permettant d'établir une liste des risques liés à l'activité en place dans l'unité de travail concernée et des moyens de prévention existants.

Source de danger	Modalité d'exposition au danger	Localisation dans l'unité	Evaluation du risque				Mesures de prévention et/ou de protection existantes	Actions à envisager
			Probabilité	Gravité	Maîtrise	Criticité		
Rayonnements	Rayonnement reçu dans les yeux lors de la découpe avec l'arc de soudage	Postes de soudage	4	3	2	24	- Masque avec écran de protection - Rideau de protection opaque	- Sensibilisation aux règles de sécurité - Affichage du port des équipements de protection individuelle - Revoir les protections collectives (rideau) - Isoler le poste de soudure

FIGURE 2 : Exemple de modèle d'un document d'évaluation des risques (ici rempli pour une source de danger) [2].

Elle doit se faire sur le lieu de l'unité de travail par une équipe pluridisciplinaire, afin de faire valoir différentes compétences et connaissances en matière de sécurité, afin d'être certains de prendre en compte tous les risques possibles. Ceux-ci peuvent être liés à de multiples aspects : humains, financiers, organisationnels, environnementaux, etc.

La réglementation laissant une certaine liberté quant aux méthodes d'évaluation des risques, de multiples solutions de résolution sont envisageables [2]. La méthode présentée ici s'articule autour de trois phases :

PHASE 1 : UNE ENQUÊTE DE PERCEPTION DES RISQUES AUPRÈS DES ACTEURS DE L'UNITÉ DE TRAVAIL

L'objectif de la réalisation d'une enquête de perception des risques auprès des acteurs de l'unité de travail est de les impliquer dans l'évaluation des risques et dans la démarche d'amélioration qui en découle. En effet, l'équipe en charge de l'évaluation se doit d'instaurer un dialogue et de les faire participer, afin, entre autre, de juger de leur perception des risques, de leurs conditions de santé et de sécurité et de leur façon de travailler.

L'ensemble des informations récoltées enrichit l'évaluation des risques et permet à l'équipe en charge de celle-ci de mieux comprendre le fonctionnement général de l'unité de travail.

PHASE 2 : UNE ANALYSE COMPARATIVE (« BENCHMARK ») AUPRÈS D'AUTRES UNITÉS DE TRAVAIL SIMILAIRES

L'équipe d'évaluation des risques peut alors ouvrir son champ de vision et ne pas rester enfermée dans

une unique voie de résolution. Les échanges visent à s'approprier les retours d'expérience, s'inspirer des savoir-faire de chacun et ainsi de s'améliorer sur :

- la compréhension et les enjeux d'une gestion des risques maîtrisés,
- les pratiques mises en œuvre dans l'unité de travail,
- la gestion de la sensibilisation et l'implication des acteurs de l'unité de travail.

L'analyse comparative (« Benchmark ») doit être capitalisée et gardée comme un retour d'expérience interne.

PHASE 3 : UNE ÉVALUATION FACTUELLE DES RISQUES

Elle permet d'apporter une évaluation quantifiée et mesurée du niveau de risque et de sa maîtrise existant dans l'unité de travail. Il est pertinent de créer un outil permettant de récolter des preuves des observations faites lors des diagnostics dans l'unité de travail en vue d'en tirer des constatations et des résultats statistiques. Pour favoriser l'exploitation et la communication, l'outil peut délivrer une représentation graphique et synthétique des niveaux de maîtrise de chaque risque, par exemple à l'aide de graphiques radars, d'histogrammes ... (Figure 1).

3) Exploitation des résultats

Les perceptions des acteurs (phase 1), les retours d'expérience (phase 2), les preuves récoltées ainsi que les graphiques obtenus (phase 3) sont pris en compte dans leur ensemble lors de la saisie du document d'évaluation des risques (Figure 2).

Ce document permet, pour chaque source de danger, de recenser la ou les modalités d'exposition au danger avec sa localisation dans l'unité de travail et les mesures de prévention et/ou de protection existantes, de définir un niveau de criticité et d'établir les actions à envisager afin de la réduire.

La criticité est définie comme le produit de trois facteurs : la probabilité de l'apparition du risque, la gravité des conséquences si le risque apparaît, la maîtrise possible de la situation à risque. Chaque paramètre peut être quantifié sur des échelles choisies arbitrairement.

De manière à favoriser les comparaisons entre organisations, il est proposé d'exploiter et de communiquer le « taux de criticité », compris entre 0% et 100%, et définit comme le quotient entre la criticité d'un événement et la valeur maximale de la criticité pouvant être obtenue.

Une fois le Document Unique établi, un plan d'action est mis en place afin de réduire les risques les plus critiques, permettant ainsi d'améliorer les conditions et espaces de travail des acteurs, de répondre aux exigences réglementaires et d'améliorer l'image de l'organisation.

Conclusion

La méthode de maîtrise des risques proposée est applicable à n'importe quel type d'organisation et basée sur trois phases : une enquête de perception des risques auprès des acteurs, une analyse comparative « benchmark » auprès d'autres unités de travail similaires et une évaluation factuelle des risques.

L'application de cette méthode permet de répondre aux exigences de la réglementation par la mise à jour des documents d'évaluation des risques et du Document Unique ; de sensibiliser le personnel face aux risques par la mise en œuvre de bonnes pratiques et de formations multiples aux risques encourus ; de proposer des améliorations prioritaires des conditions de travail en impliquant l'ensemble du personnel lors des décisions permettant de réduire les risques pour la santé et la sécurité du personnel et de garantir l'intégrité du patrimoine et de l'image de l'organisation.

Références bibliographiques

- [1] Circulaire DRT n°6 du 18 avril 2002, Prévention au travail, Ministère de l'emploi et de la solidarité, www.risquesprofessionnels.ameli.fr, (Consultée le 07 novembre 2011)
- [2] Maîtrise des risques : Mise à jour du document unique de l'UTC. ALDEA Simona, BOIVIN Jean-Rémi, MERESSE Aurore, NZANG NZE Luce Murielle, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, <http://www.utc.fr/master-qualite>, puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n° 197

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Poster de synthèse

CONDUIRE UNE DÉMARCHE AUSSI “NATURELLE” QUE POSSIBLE

La pérennité d'une démarche qualité est associée à la perception qu'elle donne de ses apports. Plus les gains sont visibles, concrets et atteignables facilement, plus la démarche est acceptée voire promue dans une dynamique auto-entretenu. En partant d'un constat d'une situation initiale, la progressivité semble être un critère majeur de succès d'une démarche qualité. Elle permet de s'approprier en profondeur de nouvelles pratiques en les validant au fur et à mesure des gains perçus.

Le premier article présenté dans ce chapitre propose de développer la mise en synergie de deux approches qualité comme le Lean Management (objectif : éviter le gaspillage) et l'ISO 9001 (objectif : garantir la confiance) afin de viser une "qualité rentable". A partir des lignes directrices du fascicule de documentation FD X 50-819 et de ses cinq chapitres, une synthèse a été réalisée pour faire émerger trente-trois critères de réalisation principaux. Un outil d'autodiagnostic semi-automatisé (tableur Excel®) en permet l'évaluation rapide, par une ou plusieurs personnes, sur une simple échelle de véracité à quatre niveaux.

Le second article traite de la perception et investit les connaissances sociologiques nécessaires à sa mesure. Les dynamiques naturelles sont toujours portées par des fondements anthropologiques, culturels ou sociologiques que des enquêtes permettent quelques fois d'explicitier et de mieux comprendre. Pour obtenir des données crédibles et pertinentes à exploiter, quelles soient qualitatives ou quantitatives, l'enquêteur doit mobiliser une démarche auto-réflexive pour garantir sa neutralité et se préparer à un tra-

vail approfondi d'interprétation pour extirper le sens des informations recueillies. Voilà des conseils bien utiles pour explorer la "qualité perçue"...

Une expérience de démarche qualité en recherche est traitée par le troisième article de ce chapitre. Dans ce domaine, la compréhension du "pourquoi" des choses est primordiale pour escompter le déploiement "naturel" des actions menant au résultat espéré. Cette étape cruciale a été surmontée par l'emploi d'outils qualité simples et efficaces, permettant la co-construction du projet et l'adhésion collective aux solutions de mise en œuvre. La rapidité de la démarche et la facilité d'implication des acteurs démontrent l'efficacité du mode de travail coopératif pour concevoir et mettre à disposition un nouveau service en recherche.

Un vaste panorama des démarches qualité en santé est proposé par le dernier article, pour en retirer des enseignements cruciaux quant à leur avenir. Une analyse des expériences internationales montre que l'horizon recherché serait un système de santé réalisant l'équilibre entre un bon maillage d'une offre de soins efficaces, une adaptation permanente aux évolutions et nouvelles technologies et un coût considéré socialement comme juste. La qualité prévue (référentiels volontaires ou obligatoires), la qualité rendue (évaluation par des pairs, des agences ou des organismes) et la qualité perçue (par les patients et leurs familles) s'intriquent les unes aux autres. C'est pourquoi une réflexion collective est proposée associant l'art de l'ingénieur à celui du soignant et du gestionnaire afin de décloisonner et de coordonner les approches qualité en santé.

OUTIL D'AUTODIAGNOSTIC POUR UNE "QUALITÉ RENTABLE" – MISE EN SYNERGIE DU LEAN MANAGEMENT ET DE L'ISO 9001 (FDX 50-819)

**Gisèle ADECHIAN, Andra COMAN, Alfredo CHOLELE, Leila DROUCHE,
Floriane SIEMBIDA, Gilbert FARGES***

Université de Technologie de Compiègne – Rue Roger Couttolenc, CS 60319 – 60203 Compiègne Cedex France

Master Management de la Qualité – Tél: +33 (0)3 44 23 44 23

Email: master-qualite@utc.fr – Site web: www.utc.fr/master-qualite

*réfèrent: gilbert.farges@utc.fr

Résumé

La mise en synergie du Lean Management et de l'ISO 9001 permet de rendre les processus plus fluides et plus agiles, d'optimiser la performance de toute organisation via des opérations efficaces et efficaces, de se concentrer sur les besoins des clients et d'identifier les activités sans valeur ajoutée. Afin d'accompagner les organisations dans cette démarche l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) a publié en 2011, le fascicule FD X50-819 portant sur la mise en synergie du Lean Management et de l'ISO 9001.

Cette mise en synergie permet de tendre vers une "Qualité Rentable", c'est à dire de développer la performance opérationnelle tout en préservant la satisfaction des clients. Dans le but d'aider les entreprises à atteindre cet objectif un outil informatique d'autodiagnostic a été créé. Sa plus-value consiste à visualiser en un coup d'œil l'état d'une situation et à aider les décisions sur les priorités d'action pour atteindre la synergie complète.

MOTS-CLEFS

ISO 9001, Lean management, outil d'autodiagnostic, Qualité Rentable

Abstract

The synergy of Lean Management and ISO 9001 aims at several objectives: to design more reactive and adaptable process ; to optimize the performance through effective and efficient activities ; to focus on customer's needs and identify non value-added activities. In order to help companies to achieve this aim, the French Agency for Standardization (AFNOR) published in 2011, the manual "FD X 50-819" related to the synergy between Lean Management and ISO 9001.

This synergy helps companies to move towards a "cost-effective quality", which means developing the operational performance while ensuring customer's satisfaction. In order to help organizations achieve this target, a self-assessment tool has been designed. Its advantage is that it allows to visualize at a glance, the current state of a company's situation and helps to decide the main actions to be taken for a total synergy.

KEY WORDS

ISO 9001, Lean management, self-assessment tool, cost-effective quality

1) Lean Management et ISO 9001

Afin d'avoir un système qualité reconnu officiellement par l'ensemble de ses parties prenantes, les organisations se font certifier selon la norme ISO 9001 [1] qui vise la satisfaction du client et définit les exigences concernant l'organisation d'un système de management de la qualité. En 2010, plus d'un million d'entreprises dans le monde seraient certifiées ISO 9001 d'après l'étude des certifications effectuée par l'organisme international de normalisation ISO [2].

Cette norme porte plus l'attention sur le pilotage des processus pour mieux satisfaire un client et moins sur la maîtrise opérationnelle pour développer l'efficacité. Le rapport de McKinsey de 2006 [3] ainsi que le Plan Qualité Performance de 2010 [4] du gouvernement français confirment l'utilisation du Lean Management comme levier majeur de l'amélioration de la compétitivité des entreprises en France. Le Lean permet de réduire les stocks au sein d'une



FIGURE 1: Concept de la « Qualité Rentable » [7]

entreprise et aussi, de minimiser les gaspillages de ressources. Afin d'être plus efficaces et en même temps de mieux satisfaire les attentes des clients, de nombreuses organisations souhaitent exploiter à la fois l'ISO 9001 et le Lean Management [5].

Selon l'AFNOR, « mettre en synergie Lean et ISO 9001 a donc pour ambition de faire plus de « Qualité Rentable » en développant la performance opérationnelle tout en préservant la satisfaction des clients, les relations avec les fournisseurs et les facteurs humains dans l'entreprise » [6]. Ce concept de « Qualité Rentable » pourrait être schématisé selon la figure 1.

2) Outil d'aide à la synergie du Lean Management et de ISO 9001

Afin de guider les organisations dans la mise en synergie de ces deux approches, l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) a publié, en juillet 2011, le fascicule de documentation FDX 50-819 « Qualité et management - Lignes directrices pour mettre en synergie Lean Management et ISO 9001 » [8].

Ce fascicule contenant environ deux cent exigences, son application pourrait être peu aisée en milieu professionnel. Pour faciliter sa mise en œuvre et accompagner les entreprises vers la "Qualité Rentable", un outil d'autodiagnostic adapté au FDX50-819 a été créé. Dans le but d'identifier les principaux éléments d'action et d'accélérer la compréhension du document, les exigences ont été regroupées selon les cinq chapitres du fascicule et formulées sous la forme de critères de réalisation.

Afin d'avoir un format connu de la plupart des entreprises, l'outil d'autodiagnostic a été réalisé via un tableur de type Excel®. Il comporte ainsi trente

Affirmations		faux	plutôt faux	plutôt vrai	vrai	NA
1. Système de management de la qualité (chapitre 4 du FDX50-819 et ISO 9001)						
Crit. 1	1.1 Déterminer les processus et leurs critères d'efficacité	○	○	○	○	○
Crit. 2	1.2 Assurer la surveillance, la mesure et l'analyse des processus	○	○	○	○	○
Crit. 3	1.3. Mettre en œuvre les actions nécessaires à l'obtention des résultats planifiés et l'amélioration continue	○	○	○	○	○
Crit. 4	1.4. Assurer la maîtrise des processus externalisés ayant une incidence sur la conformité du produit	○	○	○	○	○
Crit. 5	1.5. Documenter l'expression de la politique et des objectifs qualité	○	○	○	○	○

FIGURE 2 : Grille d'autodiagnostic de la mise en synergie du Lean et de l'ISO 9001 [7]

trois critères dont le niveau de réalisation est sélectionné sur une échelle de véracité: Faux (30%), Plutôt faux (30%), Plutôt vrai (70%) et Vrai (100%) (Figure 2).

L'autoévaluation peut être réalisée par quatre évaluateurs différents, permettant de réduire les risques "d'évaluateur-dépendance" [9] et ainsi d'augmenter la crédibilité des résultats et par conséquent, des actions d'amélioration décidées. Les résultats sont affichés d'une part pour chaque évaluateur et d'autre part, pour l'ensemble des évaluations effectuées ou cartographie globale. Cette cartographie comprend la moyenne et les écarts type de l'ensemble des évaluations permettant la comparaison des résultats individuels et collectifs.

L'affichage des résultats peut se faire selon une vue intégrale de l'ensemble des cinq chapitres, mais également détaillée pour chacun des chapitres selon les critères de réalisation [7]. Les apports à court terme de l'outil sont :

- d'effectuer une auto-évaluation du FDX50-819 en environ trente minutes,
- d'avoir une vue globale immédiate des résultats de l'évaluation grâce à l'utilisation de graphiques de type « radar »,
- d'identifier les points forts et les points faibles des processus et de diagnostiquer rapidement les axes d'amélioration prioritaires (figure 3, l'axe 3 est à 38%, le fait qu'il soit inférieur à 50% indique qu'il s'agit d'un point critique à surveiller),

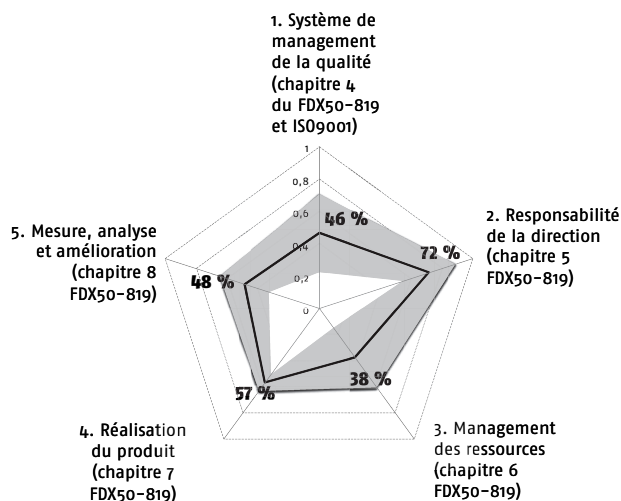


FIGURE 3 : Cartographie globale de l'ensemble des chapitres du FDX 50-819 de la mise en synergie Lean/ISO 9001 (moyenne en trait fort, dispersion en grisé) [7]

- d'améliorer la communication interne grâce à la mise en évidence des critères dont les écarts types sont maximaux, signifiant alors un avis divergeant des évaluateurs (figure 3, l'axe 1 présente une forte dispersion avec une moyenne comprise entre 20% et 75%),
- d'être compatible avec les exigences de l'ISO 17050 [10], permettant d'effectuer rapidement et à moindre coût une certification dite de première partie (auto-déclaration de conformité d'un fournisseur).

Les apports attendus à long terme de l'outil sont :

- d'identifier les activités sans valeur ajoutée,
- de se concentrer sur les besoins des clients ou des parties prenantes,
- de rendre les processus plus fluides et plus agiles, identifiables grâce à une échelle de mesure de l'organisation [11],
- d'optimiser la performance (processus efficaces, efficaces et de bonne qualité perçue).

Perspectives

L'intégration du Lean et de l'ISO 9001 dans un système management de la qualité pourrait être perçue comme la première étape permettant de tendre vers une performance plus complète. En effet, en intégrant la norme ISO 26000 relative à la responsabilité sociétale [12], cela permettrait de prendre en compte les besoins sociétaux et donc d'augmenter la qualité perçue (au sens sociétal, donc de toutes les parties prenantes).

Ainsi la synergie des approches Lean (performance opérationnelle), ISO 9001 (satisfaction client) et ISO 26000 (responsabilité sociétale) pourrait être appréhendé comme un concept plus large de « Qualité Responsable » (Figure 4).

Conclusion

Dans un contexte de globalisation et de compétition mondiale, la satisfaction des besoins de l'ensemble des parties prenantes est un facteur nécessaire pour assurer la pérennité de toute organisation. Cependant, l'enjeu est de répondre aux exigences des clients sans générer des coûts supplémentaires de manière à tendre vers une "Qualité Rentable".

Pour répondre à cette demande, l'AFNOR a publié un fascicule de documentation FDX50-819 portant sur la synergie possible du Lean management avec l'ISO 9001. Un outil d'autodiagnostic a été élaboré afin d'aider les entreprises à mettre en œuvre cette osmose organisationnelle, à identifier les principaux leviers d'amélioration et à rendre les processus plus fluides et plus agiles.

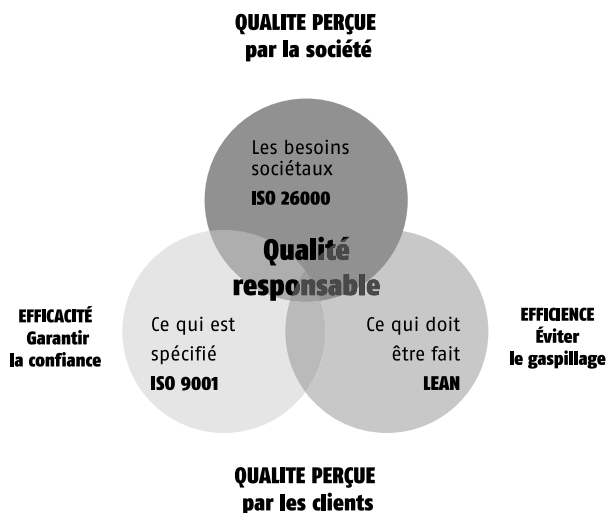


FIGURE 4 : Concept de la « Qualité Responsable » [7]

La pérennité d'une organisation passe par la satisfaction des besoins de ses clients mais aussi ceux de la société en général. La mise en œuvre d'une « Qualité Responsable », grâce à l'intégration de l'ISO 26000 à cette synergie, pourrait être une réponse à ce besoin émergent.

La prise de conscience de l'importance de l'Humain dans son environnement est une nécessité pour toute organisation souhaitant se développer au sein d'une dynamique de progrès mutuellement bénéfique avec la Société.

Références bibliographiques

- [3] Principaux résultats de l'étude ISO Survey 2010, ISO, www.iso.org/iso/the_iso_survey, consulté le 6 janvier 2012.
- [4] NF EN ISO 9001:2008, X50-132 « Systèmes de management de la qualité – Exigences », Edition AFNOR, Novembre 2008, www.afnor.org.
- [5] Donner un nouvel élan à l'industrie française, Mc KINSEY Global Institute, Octobre 2006, www.mckinsey.com, consulté le 8 janvier 2012.
- [6] Plan Qualité Performance 2010, Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, 2009 <http://www.industrie.gouv.fr/portail/pratique/performance2010.html>, site consulté le 12 janvier 2012.

- [7] *The Lean Manager: a novel of lean transformation*, M.Balle, F.Balle, Cambridge: Lean Entreprise Institute One Cambridge Center, 2009, www.books.google.fr, consulté le 10 janvier 2012.
- [8] *Lean Management et ISO 9001 : publication du premier guide de référence sur leur mise en synergie*, www.afnor.org/profils/centre-d-interet/management-et-performance/lean-management-et-iso-9001-publication-du-premier-guide-de-referance-sur-leur-mise-en-synergie, consulté le 23 janvier 2012.
- [9] *Outil autodiagnostic pour une qualité rentable, Mise en synergie du Lean management et de l'ISO 9001* », G. Adechian, A. Cholele, A. Coman, L. Drouche, F. Siembida, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, <http://www.utc.fr/master-qualite> , puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n°204
- [10] *FDX50-819 « Lignes directrices pour mettre en synergie Lean Management et ISO 9001 »*, Edition AFNOR, juillet 2011, www.afnor.org .
- [11] *Comment améliorer la confiance dans l'auto-diagnostic associé au Guide des Bonnes Pratiques Biomédicales ?*, V. Arfib, C. Driard, F. Hanoomie, M. Plantevin, G. Farges, IRBM News, 2008, Vol. 29, n° 2, pp 8-10
- [12] *NF EN ISO 17050 « Evaluation de conformité-Déclaration de conformité du fournisseur – partie 1 et 2 : exigences générales »*, Editions AFNOR, septembre 2003, www.afnor.org.
- [13] *Une unité de mesure de l'organisation*, A.Ons, S.Bellali, D.Duarte, Projet d'Intégration, MASTER Management de la Qualité (MQ), UTC, 2011-2012, <http://www.utc.fr/master-qualite> , puis "Travaux" "Qualité-Management", réf n°201
- [14] *ISO 26000:2010 «Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale »*, Edition ISO, octobre 2010, www.iso.org

Bonus

Téléchargeables gratuitement sur la page de notre site dédiée aux Cahiers de la Qualité 2013 : www.LexitisEditions.fr

- Rapport d'étude complet
- Outil d'auto-diagnostic
- Poster de synthèse

LA DÉMARCHE QUALITÉ EN RECHERCHE : COMMENT CONVAINCRE ? UN EXEMPLE AVEC LE DÉPLOIEMENT D'UNE PLATEFORME EXPÉRIMENTALE

Nadine MANDRAN

CNRS, LIG, UMR 5217, BP 53, 38041 Grenoble cedex 9, France

Tél : 04 76 82 72 25, email : nadine.mandran@imag.fr

Résumé

Si la démarche qualité est perçue comme un outil permettant d'améliorer l'efficacité et la performance des services, elle est aussi un outil efficace d'aide à l'organisation et à la communication. Dans le cadre, du Laboratoire d'Informatique de Grenoble, un nouveau service d'aide à l'expérimentation et de support aux prototypes avait des difficultés à communiquer sur les services offerts et à trouver sa place par rapport à la recherche. Le papier décrit la démarche qualité entreprise qui permis d'identifier clairement le rôle de ce service, de pouvoir communiquer dessus et de mesurer l'évolution de ce service.

MOTS-CLEFS

Qualité, recherche, service

Abstract

If the quality process is perceived as a tool to improve the effectiveness and performance of services, it is also an effective tool for helping to organize and to communicate. As part of the Laboratory of Informatics of Grenoble, a new service to help and support experimentation with prototypes had difficulties to communicate on the services offered and to take its place in relation to research. The paper describes the quality approach that made it possible to identify clearly the role of the service, to communicate about it and measure the progress of this service.

KEY WORDS

Quality, research, service

Introduction

Une plate-forme a été initiée au laboratoire d'informatique de Grenoble (LIG) pour fédérer les travaux de recherche. Elle doit, aussi, mettre à disposition les prototypes développés au sein du LIG aux partenaires académiques et industriels. Afin de communiquer sur cette entité et cette mission il a été nécessaire de définir ses actions. La démarche qualité, telle que la décline J.P. Caliste et G. Farges (UT Compiègne), a été utilisée pour tenter de résoudre ce problème [1]. Le gain majeur, de cette démarche a été de mettre à jour les processus pour faire vivre un prototype, d'identifier les indicateurs de succès et de mettre en évidence, la nécessité d'utiliser des outils de traçabilité et de capitalisation.

L'objectif de cet article est de présenter la démarche et les principaux résultats. Il insistera sur l'efficacité de cette méthode puisque des résultats ont été obtenus rapidement et sur sa pertinence puisque les acteurs du projet ont été convaincus. Mais aussi, comment un problème qui a priori ne relève pas directement de la démarche qualité se trouve organisé et cadré par une démarche d'amélioration continue.

1) Situation initiale

La plate-forme doit servir de démonstrateur pour les différents outils produits par les équipes, que ce soit des logiciels ou des prototypes. L'objectif final est de fédérer les travaux des équipes de recherche en interne et attirer de nouveaux partenaires académiques ou industriels. Si l'objectif est clairement affiché, fédérer les équipes autour d'outils, les missions n'ont pas été décrites en termes d'actions opérationnelles. La direction, les chercheurs, les doctorants et les personnes impliquées dans la plateforme n'avaient pas de vision précise sur le rôle que doit jouer la plate-forme et surtout comment elle peut interagir avec les équipes et les projets de recherche. Alors même que des réalisations avaient été menées : recensement et descriptions des prototypes au sein du laboratoire, achat de matériels pour mutualiser les ressources et création d'un site web, les actions n'étaient pas décrites avec précision (cf. Figure 1). De fait, la communication pour présenter cette plate-forme était technique et non pas opérationnelle. Les

Projet de plate-forme du LIG

Ce projet a pour but de fédérer les équipes du LIG autour d'un projet comportant deux aspects :

1. gestion de données produites et manipulées dans le LIG ;
2. interaction pour ajouter des données, les manipuler, les représenter et interagir avec elles.

Il est structuré en trois groupes de travail :

1. « Interaction », dirigé par P. Reignier ;
2. « Données », dirigé par J. Gensel ;
3. « Déploiement », dirigé par S. Bouchenak et N. de Palma.

FIGURE 1: définition initiale de la plateforme

“clients” potentiels ne savaient pas ce qu'ils pouvaient attendre de cette entité.

L'arrivée d'une nouvelle personne dans la plateforme vient complexifier le message. Les compétences de ces personnes permettent d'offrir un appui méthodologique, une aide pour le traitement statistique des données auprès des équipes et le déploiement de la démarche qualité pour les équipes qui le souhaitent. Autrement dit, ces nouvelles compétences doivent s'insérer dans l'existant.

De plus, le terme de plate-forme est peu précis, il est utilisé pour désigner des bâtiments, des espaces virtuels, des logiciels, etc. Les responsables du projet ont donc souhaité donner un nom à cette plate-forme, mais cela n'était pas suffisant pour expliciter ses missions.

A l'occasion de l'attribution de ce nouveau nom “Marvelig”, le problème posé était de communiquer clairement sur cette entité et ses missions. Pour cela, il fallait avant tout préciser les rôles et les actions à mener au niveau des prototypes, définir une communication claire et adaptée, élaborer un plan de communication. Mais aussi, étudier comment le rôle de dépôt de projet et le rôle d'appui méthodologique pouvaient interagir en interne, et vis-à-vis des clients potentiels de l'entité.

2) Les enjeux de la démarche

Les enjeux de la mise en œuvre de la démarche qualité sont doubles. Ils concernent d'une part le fonctionnement de l'entité et d'autre la mise en œuvre de la démarche qualité, elle-même.

Le premier enjeu était de trouver rapidement des solutions efficaces pour que cette entité, qui depuis



FIGURE 2 : Diagramme de Planification Dynamique Stratégique

un an n'avait pas réussi à prendre position, soit identifiée avec une mission claire. Pour les clients potentiels (vingt quatre équipes de recherche, 600 personnes), il fallait définir les rôles que l'entité pouvait assurer auprès des équipes, avoir un plan de communication (quelles informations ? pour qui ? quand ?). Pour les personnels de l'entité, il s'agissait de trouver un mode de fonctionnement et des outils appropriés pour gérer les prototypes et les projets.

Le deuxième enjeu était d'arriver à démontrer l'intérêt d'une démarche qualité dans la structuration et l'organisation d'une entité. En effet, ce type de démarche était la première menée avec cette méthodologie au sein du laboratoire. L'enjeu étant d'autant plus important que la direction du laboratoire avait donné son accord et son soutien pour le déploiement de cette démarche. Un échec aurait certainement conduit à l'abandon de ce type de démarche.

3) Choix de la méthode et mise en œuvre

Dans ce contexte, aborder la démarche qualité par le volet normatif n'aurait pas été accepté de la part des acteurs. C'est pourquoi le choix qui a été fait a

été de parler de démarche d'amélioration continue. L'avantage de cette approche est qu'elle se construit pas à pas, de manière très progressive avec l'ensemble des acteurs concernés. De plus, elle permet de partir de l'existant pour l'améliorer et non pas de changer de manière radicale les actions déjà menées. Les outils (brainstorming, diagramme d'affinités,...) offerts par la méthode permettent de trouver rapidement des réponses. Comme les acteurs avaient très peu de temps disponible, une technique rapide devait être privilégiée.

La première étape était d'explicitier les difficultés en prenant en compte toutes les dimensions (politique, technique, opérationnelle,...) et en utilisant un vocabulaire adapté aux acteurs. Pour cela, le problème a été défini par un diagramme de Planification Dynamique Stratégique (PDS) (cf. Figure 2). A partir de cette analyse, la problématique principale a été identifiée : Comment améliorer la communication sur Marvelig ? Mais pour cela il convient de répondre en priorité à la question : Quels sont les rôles et actions que doit assurer Marvelig ? Cette question devait permettre de déterminer le contenu de la communication.

Objectif	Indicateurs	Année 0 (A0)	A0 + 6 mois	A0 + 36 mois
Avoir un support de communication et communiquer	Existence des supports	Site web	OK modifié	Wiki collaboratif
	Plaquettes de communication interne/externe	0	1 plaquette	1 plaquette
	Nombre de présentations du rôle de la plateforme	3	4	20
	Local	3	3	16
	National	0	0	4
	International	0	0	1
	Liste de diffusion	oui	oui	oui
	Compte Twitter	0	0	1
Réaliser une animation autour de l'expérimental	Nombre de matinées expérimentales	0	0	6
	Nombre de matinées technologiques	0	0	2
	Nombre de vidéos	0	0	18
Apporter un support aux expérimentations, former à la méthodologie expérimentale	Nombre d'équipes concernées	0	3	9
	Collaborations académiques externes	0	0	3
	Nombre de publications	2	2	32
	INPI : enveloppe Soleau	0	0	2
	Fiche de suivi des expérimentations	inexistante	1	1
	Doctorants encadrement partie expérimentale	0	7	21
	Demandes de traitement statistique des données	0	3	20
	Nombre de projets de recherche	0	0	4
	Nombre de réponses à des appels d'offres	0	0	4
	Nombre de fiches méthodologiques	0	2	18
	Nombre de documents cadres	0	0	3
	Fiche de suivi des expérimentations	inexistante	1	1
	Nombre de cours	0	0	10
	Nombre de documents associés au cours	0	0	15
	Encadrement de stagiaires	0	0	8
Avoir une base de prototypes opérationnels	Fiche d'évaluation avant prise en charge	questions ouvertes	questions fermées	fiche simplifiée
	Nombre de prototypes	11	11	40
	Nombre d'équipes concernées	13		
	Nombre de prototypes renseignés avec la fiche des caractéristiques	0	1	40
	Existence de la base des prototypes	inexistante	inexistante	Site web de Marvelig
	Projets de recherche concernés	22		21
	Logiciels <i>open source</i>	?enquête	26	produits
	Nombre de serveurs physiques	3	3	5
	Evolution des OS	Centos 5.0	Centos 5.2	Centos 5.8
	Nombre de serveurs virtuels	13	13	37

FIGURE 3 : Tableaux des indicateurs

Phase	Durée conseillée
Présentation et discussion	10 min
<i>Brainstorming</i> silencieux et lecture	10-15 min
Diagramme des affinités	15-20 min
Diagramme des relations	20-30 min
Temps total avec passage des consignes	1 h et 1 h 30

FIGURE 4 : Indications de durée selon les phases

Afin de savoir si la démarche allait être un gain et avant de débiter cette action, plusieurs indicateurs ont été identifiés. Ils ont été déclinés en objectif, mesure de l'indicateur et valeur au début du projet (t0) (cf. Figure 3). Par exemple, un des objectifs est « disposer d'un support de communication ». Les mesures sont - existence des supports de communication - plaquette de communication - nombre de présentations local, national et international etc...

Les deux étapes précédentes (PDS et indicateurs) sont réalisées par l'animateur, qui a réalisé un bilan sur les actions menées. Ces étapes permettent à l'animateur de connaître le sujet de manière objective et le vocabulaire approprié à la problématique.

Pour résoudre de manière consensuelle ce problème, des ateliers ont été organisés avec les acteurs. Les séances sont menées en quatre phases :

- La première est la présentation de la problématique par l'animateur. Cette étape permet à chaque participant de s'imprégner de la problématique et de repréciser les points mal définis par l'animateur.
- La seconde est un brainstorming silencieux. Les participants inscrivent des actions sur des post-it. Par cet exercice, nous attendons un ensemble de verbe, de manière à connaître ce qui peut être fait relativement au problème donné. Lors de cette phase, il n'y a pas d'échange entre les participants. Cela permet à chacun de s'exprimer librement, sans craindre le jugement des autres. Les post-it sont ensuite lus à haute voix pour que chacun prenne connaissance de l'ensemble des idées émises et que les idées soient précisées par les auteurs si nécessaires.
- La troisième étape consiste à classer les idées et

à attribuer des thèmes à chacun des groupes. Thèmes qui doivent être construits avec un verbe de manière à être transformé en action. Ces thématiques sont les différentes actions à mener pour résoudre le problème.

- La quatrième étape consiste à organiser ces actions. Pour cela l'outil choisi est le diagramme de relations qui permet d'identifier pour chaque action les actions dont elle dépend. Ainsi la cause racine de la problématique est identifiée, ce sera celle à mettre en œuvre en premier. L'enchaînement de ces phases permet d'identifier les actions à mettre en œuvre et l'ordre dans lequel elles doivent être menées. Les données ainsi obtenues sont ensuite synthétisées par l'animateur. Un deuxième atelier peut être organisé pour valider et compléter les résultats, un échange par mail ou par forum est suffisant si le problème n'est pas trop complexe.

L'avantage de cet enchaînement est la rapidité. La partie qui mobilise l'ensemble des acteurs est l'atelier qui se déroule en maximum deux heures (cf. Figure 4). La préparation, à la charge d'une seule personne, est la phase qui demande le plus de temps car elle nécessite de prendre connaissance de l'existant. La dernière étape de synthèse demande entre deux et quatre heures. Ainsi, les acteurs s'impliquent à moindre coût pour résoudre une problématique.

Dans notre situation, un premier atelier de brainstorming a été organisé. Il a permis de définir les actions et les rôles que doit mener l'entité et de réfléchir aux noms à associer à Marvelig pour ne plus utiliser le terme de plate-forme. A l'issue du premier atelier, l'action racine a été identifiée « Faire mûrir, grandir un prototype, le valider, le tester, le pérenniser » (cf. Figure 4.) Mais concrètement comment faire ?

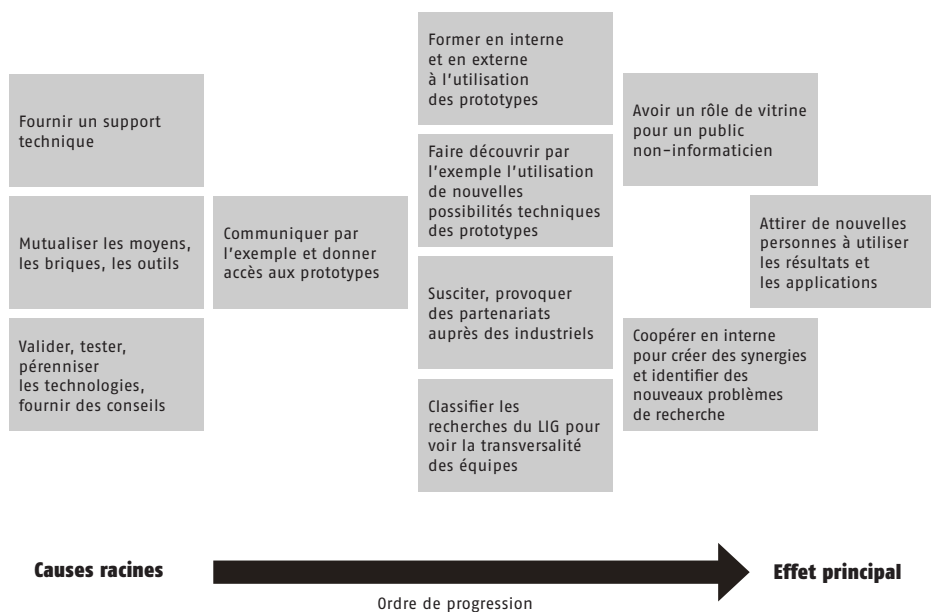


FIGURE 5 : Diagramme des actions à mener et de leur ordre de progression

Pour répondre à cette nouvelle question, un atelier a été organisé. Ce fut l'objet d'un brainstorming qui a permis de déboucher sur le diagramme de processus « Faire vivre un prototype » et d'identifier que la première des actions à mener est de « créer des fiches de suivis et des caractéristiques des projets déposés» (cf. Figure 5).

La structuration de ce diagramme repose sur une roue de Deming (PDCA). Un autre atelier a été organisé pour restituer les résultats et le plan de communication. Enfin, une dernière séance a permis de valider le plan de communication et de définir les informations nécessaires à la prise en charge d'un prototype. Ces réunions se sont déroulées sur 2 mois.

4) Résultats mesurés et escomptés

Cette démarche a permis d'obtenir rapidement des documents et des outils pour la pérennisation des prototypes, avec un investissement en temps minimum pour les acteurs. (cf. Figure 3 : Etat des indicateurs)

Pour les aspects documentation du processus, une cartographie a été établie. Au niveau de la communication une plaquette d'information a été réalisée. Elle décrit trois axes sur lesquelles s'engagent Marvelig et pour quels objectifs. Pour chaque axe, elle décline les différentes interventions supportées

pour les prototypes. L'écriture de ce document fédérateur a permis de faire plusieurs présentations orales et d'améliorer le site web au niveau de la structuration et du contenu.

Pour la prise en charge des prototypes, une nouvelle fiche des caractéristiques a été élaborée. Un document décrivant les prototypes existait, il s'agissait de trois questions ouvertes auxquelles les personnes avaient des difficultés à répondre. La nouvelle fiche comprend trente questions fermées, elles sont plus précises et le chercheur les remplit sans ambiguïté. Pour la traçabilité et la capitalisation des prototypes et de la documentation associée, une procédure a été décrite (cf. Figure 7).

On voit ici apparaître les prémices d'une structuration orientée vers les préconisations de la norme FDX 50-550 [5]. En terme d'outils informatiques pour le suivi, une veille a été menée et un outil interne de type forge est utilisé.

Les personnes responsables des prototypes sont convaincues de l'utilité de ces outils puisque ils ont eux-mêmes contribué à leur création. L'appropriation n'a pas été compliquée. Dans notre cas, il faut que les acteurs aient le même discours au niveau de la communication et que le suivi se mette en place pour tous les prototypes de la même

PRISE EN CHARGE D'UN PROTOTYPE

Créé par N. Mandran, LIG/Marvelig, année 0
Modifié par N. M., année 1

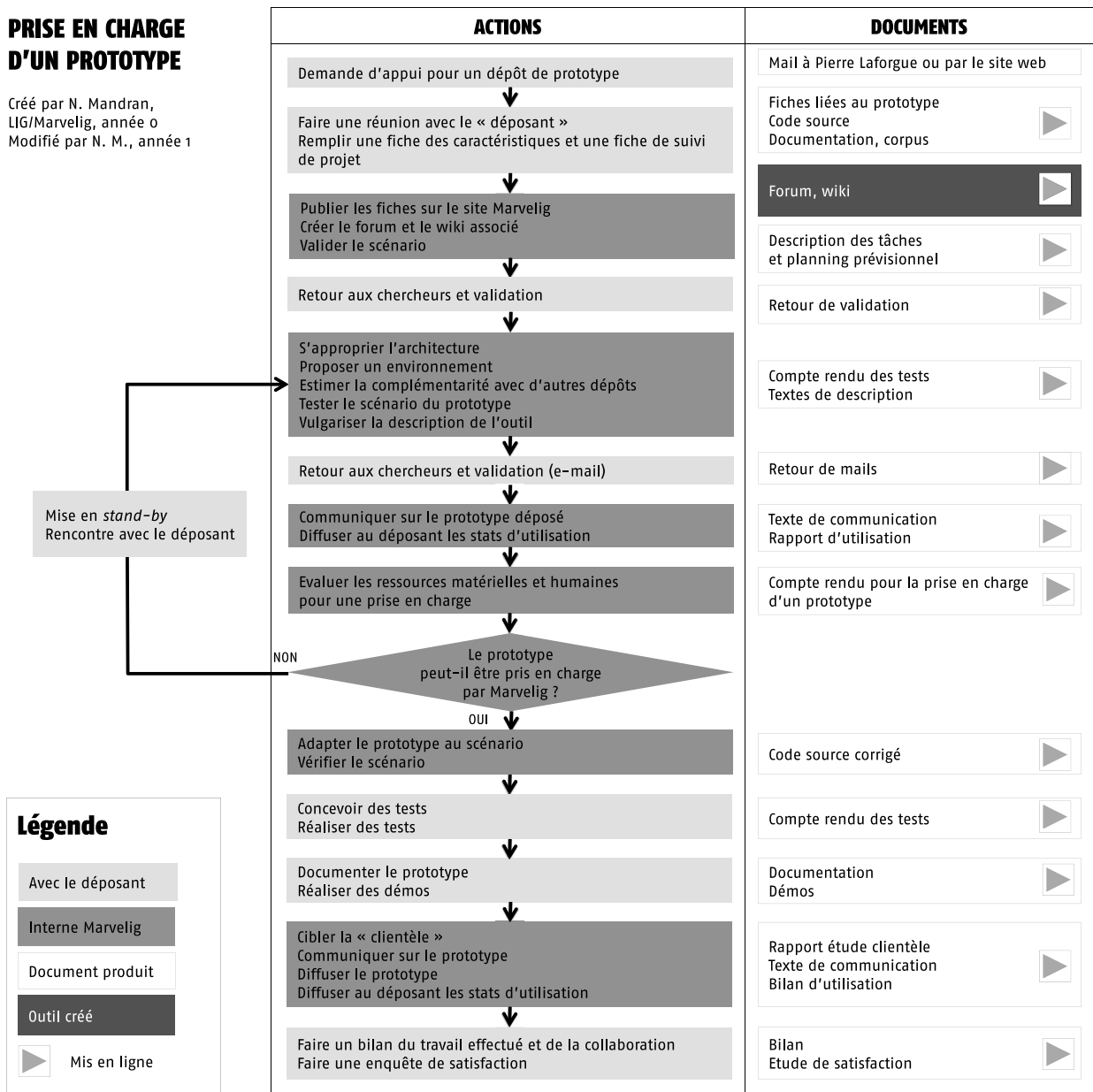


FIGURE 7 : Procédure de prise en charge d'un prototype

manière. La difficulté reste dans le changement des habitudes au quotidien.

Quelles solutions ? Mettre en œuvre les outils qui ont fait consensus avec une personne ressource est un gage d'une réussite, et les améliorer quand ils ont été utilisés une première fois. Mais une autre des clés est de répéter régulièrement les décisions prises, de manière à ce que chacun les fasse siennes.

A ce propos, Y. Mougin [3] présente la démarche qualité comme une émulsion entre les deux fonctions d'une structure. La fonction production d'une entité peut vivre en parallèle de la fonction qualité. Pour qu'une démarche qualité s'anime de manière durable il faut inlassablement répéter et resituer les actions de la qualité par rapport à la production. De la même manière qu'une émulsion se maintient car elle est régulièrement secouée, brassée, animée.

Conclusion

La démarche qualité menée a permis de répondre efficacement et rapidement à la structuration et à l'organisation d'une entité de service. La méthode utilisée prend appui sur le problème posé et l'inscrit dans une démarche d'amélioration continue. Elle se décline ensuite par des ateliers qui permettent de travailler de manière consensuelle et rapide, avantage essentiel pour convaincre les participants. Elle aboutit à une cartographie des processus qui se structure en Plan-Do-Check-Act (PDCA).

La notion de qualité qui aujourd'hui peut rebuter certains responsables n'a pas été affichée. De même, la certification n'est pas recherchée au début de la démarche, car l'image de lourdeur et de contraintes associée aux normes serait un frein à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue.

L'enjeu de cette démarche était de structurer la pérennisation des prototypes et aussi de déployer la démarche qualité. Les deux objectifs ont été atteints. Trois projets de recherches utilisent dorénavant l'outil de suivi de projet. La démarche qualité est actuellement redéployée pour structurer et organiser les services support et soutien du laboratoire.

Cette approche se solde par des résultats positifs et encourageants, néanmoins il convient de garder à l'esprit que seule la ténacité et la répétition rendent durable une démarche qualité.

Références bibliographiques

- [1] G. Farges, JP Caliste, Démarche qualité en recherche : améliorer la traçabilité et la capitalisation des connaissances dans les laboratoires de sciences pour l'ingénieur. CNRS Département « Ingénierie » – Actions Nationales à Gestion Déconcentrée – Délégation Aquitaine-Limousin – 2004 à 2008.
- [2] Site Université de technologie Compiègne (UTC) www.utc.fr/qualite-recherche/
- [3] Mougin Y., Quel avenir pour les responsables qualité ? Savoir rebondir, pp. 212, Saint-Denis La Plaine : AFNOR, DL 2005.
- [4] W. Edwards Deming, Qualité, la révolution du management. Economica. PP.310 - Paris : 1988
- [5] FD X50-550 : Démarches Qualité en Recherche, Principes généraux et recommandations, Ed Afnor, octobre 2001.
- [6] FD X50-551 : Recommandations pour l'organisation et la réalisation d'une activité de recherche en mode projet notamment dans le cadre d'un réseau, Ed Afnor, Novembre 2003.
- [7] GA X50-552 Guide d'application de l'ISO 9001 dans un organisme de recherche, ED AFNOR, Novembre 2004.
- [8] Site INPI. www.inpi.fr

METTRE EN PLACE DES DISPOSITIFS D'ENQUÊTE : QUELS ENJEUX DE CONNAISSANCE ?

Géraldine FARGES

Docteure en sociologie, postdoctorante à l'Institut National de la Recherche
Agronomique (INRA, UR 1303 Alimentation et Sciences Sociales),
chercheuse associée à l'Observatoire Sociologique du Changement (Sciences Po/CNRS)
Email : geraldinefarges@gmail.com

Avant-propos

Ce texte est issu d'un séminaire donné à l'Université de Technologie de Compiègne en janvier 2012, auprès d'étudiants inscrits dans le Master Qualité (www.utc.fr/master-qualite).

Résumé

Dans un contexte d'attentes croissantes à l'égard d'outils permettant d'enquêter sur les pratiques et les opinions d'individus, cet article a pour objectif d'analyser quelques enjeux de connaissance associés à la réalisation d'enquêtes quantitatives ou qualitatives. Mobilisant des réflexions et savoir-faire méthodologiques issus des sciences sociales, deux aspects sont essentiellement développés. Tout d'abord, il est démontré que les connaissances obtenues grâce au travail d'enquête mis en place sont plus riches si l'auteur adopte une démarche auto-réflexive. Ensuite, nous insistons sur le fait que le sens des données recueillies ne se donne jamais de lui-même et nécessite un travail d'interprétation.

MOTS-CLEFS

Enquête, qualité

Abstract

In order to investigate individuals' practices and opinions, empirical materials such as surveys, interviews, observations are often implemented. This paper aims at analysing the kind of knowledge obtained thanks to these qualitative or quantitative methods. Referring to methodological debates and skills applying to social sciences, two points are developed. First, the pros of a reflexive approach are underscored. Then, it is highlighted that these data are never to be taken for granted, their meaning requires to be interpreted.

KEY WORDS

Survey, quality

« (...) l'opération d'écrire implique celle de lire comme son corrélatif dialectique et ces deux actes connexes nécessitent deux agents distincts. C'est l'effort conjugué de l'auteur et du lecteur qui fera surgir cet objet concret et imaginaire qu'est l'ouvrage de l'esprit. »

JEAN-PAUL SARTRE

Qu'est-ce que la littérature ? Gallimard, 1948, p. 49-50

Développer des outils destinés à capter les pratiques, les opinions, ou encore les ressentis d'individus, de clients, de patients, de bénéficiaires ou autres usagers représente une demande fréquente dans des sociétés marquées par « le retour de l'acteur » dans les structures (Touraine, 1984).

L'objectif de cet article est d'analyser les enjeux de connaissance associés à la réalisation d'enquêtes, qui peuvent être de différents types, mais qui toutes supposent qu'interagissent un émetteur (ou auteur, enquêteur) et un récepteur (ou enquêté), en face-à-face ou non. Nous insistons sur l'idée selon laquelle les modalités de construction du protocole d'enquête d'une part, et la façon dont les personnes enquêtées y répondent d'autre part, entrent en synergie dans la production des connaissances. Nous ne développerons pas les différentes méthodes d'enquête possibles (voir pour cela : Moscovici & Buschini, 2003), on se concentrera ici sur des principes généraux valables tant pour les enquêtes quantitatives (recherchant la mesure, les régularités, les liens statistiques) que qualitatives (s'intéressant à la compréhension des phénomènes, au plus près de l'expérience directe des individus ou des groupes d'individus), qui visent à obtenir des connaissances sur ce que font hommes et femmes, sur ce qu'ils pensent, ainsi que sur les mécanismes guidant leurs actions et leurs représentations.

L'ensemble de ces connaissances constitue ce que nous nommons ci-après les « données ». « L'auteur » de l'enquête sera entendu ci-après au singulier, admettant que dans de nombreux cas il pourra s'agir de groupes de personnes travaillant sur un même projet et mettant en commun leurs approches. Prenant appui sur quelques uns des grands principes

de la méthodologie de la recherche en sciences sociales, et faisant appel à des exemples d'enquête récents, ce texte s'intéresse à la subjectivité inhérente à tout dispositif construit ainsi qu'aux caractéristiques des données que l'on peut recueillir auprès de personnes interrogées.

1) La recherche de la neutralité

Lorsqu'un protocole d'enquête est construit, l'auteur a en tête ce qu'il souhaite connaître, les questionnements auxquels il souhaite répondre. Cependant, il a bien souvent peu conscience des savoirs implicites qui guident ses projets et ses idées. Cette conscience limitée peut être liée à plusieurs facteurs :

- le travail de construction est réfléchi et rigoureux ce qui laisse penser qu'il est optimal ;
- ce travail s'effectue en équipe, il est supervisé ce qui conforte les choix ;
- des méthodes d'enquête standardisées sont appliquées, ce qui rassure.

Pour autant, la justesse des analyses et les connaissances issues du travail d'enquête gagnent à passer par une **étape d'autoréflexion**, où la question de ce que l'enquêteur lui-même fait aux données qu'il recueille est posée.

1.1) LES ENJEUX DE L'OBJECTIVATION DES CONNAISSANCES SUR LE SOCIAL

Dans quelle mesure peut-on se saisir des données recueillies sur les pratiques et les opinions d'individus comme on se saisit de données issues d'un processus expérimental effectué sur de la matière ?

Pour le comprendre, intéressons-nous aux réflexions sur la scientificité des sciences sociales, qui, au-delà de leur objet propre que nous ne développerons pas ici, permettent de comprendre les enjeux de tout travail portant sur l'individu ou sur des groupes d'individus. Nous nous penchons sur la question de l'objectivité de l'auteur.

Dans *Les Règles de la méthode sociologique*, considéré comme l'ouvrage fondateur de la sociologie, Émile Durkheim (2007 [1895]) considère que « les faits sociaux » (qui constituent les objets d'étude de la discipline et que Durkheim définit comme des « manières d'agir, de penser, de sentir qui présentent cette remarquable propriété qu'elles existent en dehors des consciences individuelles » (p. 4)) doivent être traités comme des choses, à la manière des méthodes des sciences exactes. Pour ce faire, et parce que le sociologue vit dans le monde social qu'il étudie, celui-ci doit s'efforcer de mettre à distance ses connaissances spontanées également appelées « prénotions » (ce que l'on connaît du monde social par expérience directe), ainsi que ses sentiments, ses valeurs, ses croyances (ce que l'on aime, ce que l'on croit bon, bien ou juste etc.). Ce faisant, il se place à distance de l'idéologie, les faits sociaux peuvent être observés et expliqués à l'aide de catégorisations et d'instruments scientifiques.

Dans *Le Suicide*, Émile Durkheim a mis en pratique ces règles. Il définit son objet : « Notre première tâche doit donc être de déterminer l'ordre de faits que nous nous proposons d'étudier sous le nom de suicides » (2007b [1897], p. 2) et afin de donner la preuve qu'il est possible d'établir des régularités sociales sur un phénomène qui, croit-on, ne relève que de l'intime personnel, Durkheim utilise des statistiques officielles de plusieurs pays : « (...) si, au lieu de n'y voir que des événements particuliers, isolés les uns des autres et qui demandent à être examinés chacun à part, on considère l'ensemble des suicides commis dans une société donnée pendant une unité de temps donnée, on constate que le total ainsi obtenu n'est pas une simple somme d'unités indépendantes (...) » (p. 8).

Cependant, cette conception de l'objectivité pose question. Tout d'abord, on peut s'interroger sur les données utilisées, « de valeur très inégales » selon

Maurice Halbwachs (1930). Ensuite, un autre mode de recueil, ou une autre définition du suicide aboutirait-elle aux mêmes conclusions ? La question de la définition, des orientations de départ, est importante : en utilisant telle ou telle définition de mon objet, à quoi ai-je accès ? à l'inverse, à quoi je me ferme ?

En outre, dans de nombreux cas, des chiffres officiels ne sont pas disponibles, et l'auteur d'une enquête met en place son propre dispositif de recueil de données :

- il construit un questionnaire, court ou long, pour réaliser des statistiques,
- ou il décide d'interviewer directement des individus.

Or, il doit prendre garde à l'« illusion de neutralité », pour reprendre une expression employée par Gérard Mauger (1991). Nous possédons tous un ancrage social, une trajectoire, une histoire, une expérience qui nous procure une certaine idée de l'ordre des choses. Quand bien même on serait conscient du poids de notre histoire sur nos conceptions, jusqu'à quel point pouvons-nous nous en départir ? Notre immersion dans le monde social est telle qu'il est impossible de regarder celui-ci de façon neutre. Ce point de vue est clairement exposé par Richard Hoggart dans *La Culture du pauvre*. Dans cet ouvrage, l'auteur, d'origine populaire, écrit ceci :

« Je suis originaire d'une famille ouvrière et je me sens, en cet instant même, à la fois proche et éloigné de ma classe d'origine. D'ici quelques années, je le suppose, cette ambivalence ne me sera peut-être plus aussi sensible. Mais elle a exercé et exercera toujours une influence sur mes analyses. Mon origine sociale m'aide sans doute lorsqu'il s'agit de sentir et de faire ressentir la tonalité vécue de la vie populaire, de même qu'elle me préserve de quelques unes des méprises auxquelles sont exposés les observateurs bourgeois. Mais, d'un autre côté, cette participation psychologique présente des dangers considérables. Que vaut mon opinion selon laquelle, comme je l'expose dans la seconde partie de l'ouvrage, les changements récents des sociétés industrielles tendent à déposséder les classes populaires du meilleur de leur culture propre ? C'est là ce que je crois, à partir d'une analyse de l'évolution que j'ai voulue aussi objective que possible. Mais je sais bien où me

portaient mes tendances : en écrivant ce livre il m'a fallu résister sans cesse à une conviction profonde qui me portait à juger l'ancien plus admirable que le nouveau et à condamner certaines formes du loisir moderne, sans que les documents que j'analysais fournissent toujours un fondement suffisant à ce diagnostic. Il est même à présumer qu'une certaine nostalgie guidait déjà ma lecture des documents. J'ai fait ce que j'ai pu pour contrôler les effets de cette tendance. »

(Hoggart, 1979, p. 42).

Ainsi, **notre expérience guide nos représentations**. En effet, au même titre que des origines sociales influencent le regard sur le monde, on peut considérer, par exemple, que l'expérience de parents d'élèves modifie l'idée que l'on a de l'école, l'expérience de malade joue sur l'idée de l'organisation hospitalière, l'expérience de consommateur influe sur l'idée du bon goût etc. En l'occurrence, **les procédures de recueil standardisées** (questionnaires identiques, échantillon représentatif, traitement statistique des données) **n'en sont pas moins sujettes à l'illusion de neutralité**, il y a simplement une distance plus grande entre enquêteur et enquêté qui suscite une plus grande impression d'objectivité.

Il ne s'agit pas ici de conclure à l'inanité des dispositifs d'enquête pour obtenir des informations objectives sur les pratiques et les opinions d'individus, mais plutôt **d'avoir connaissance de ces enjeux pour mieux les contrôler**. Les effets des orientations de perception, indépendants de notre volonté, sont moindres lorsque l'on cherche à les repérer et à les limiter. Pour cela, **une démarche intellectuelle réflexive est requise à chaque étape**, au moment de réaliser la veille bibliographique comme lors de phases plus empiriques. Les exemples ci-dessous, volontairement issus de types d'enquête différents, montrent certains des enjeux liés à la connaissance spontanée.

1.2) EXEMPLE 1 : ENQUÊTER SUR LES MODES DE VIE DES ENSEIGNANTS

Le premier exemple porte sur une enquête par questionnaire réalisée auprès d'enseignants, dont l'objectif était de saisir les transformations de leurs modes de vie (Farges, 2010). Travailler sur cette population expose directement au risque de se laisser guider par

des connaissances spontanées, liées aux enseignants que l'on connaît, ceux que l'on a eu durant notre scolarité par exemple. Pour l'exprimer simplement, nous savons tous ce qu'est un enseignant.

Pour autant, que vaut ce « savoir immédiat » ? Dans quelle mesure les écoles que l'on a fréquentées, les enseignants que l'on a rencontrés, peuvent-ils être considérés comme représentatifs ?

Si se poser ces questions est un premier pas dans le travail d'objectivation, dans le cadre de cette recherche un dispositif spécifiquement conçu pour cela a été mis en place. En effet, **la construction du questionnaire a été précédée par un travail qualitatif exploratoire** de façon à prendre la mesure de la diversité du public étudié.

Durant plusieurs mois, quarante enseignants ont été interviewés. Cet échantillon a été construit de façon à faire varier les caractéristiques des enseignants rencontrés : hommes et femmes, premier et second degré, des jeunes et des enseignants plus âgés, des zones géographiques d'enseignement contrastées (centre-ville, zone rurale éloignée, banlieue de grande agglomération etc.).

Cette exploration a permis de mettre au point **un questionnaire plus ajusté à la diversité du public** étudié en prenant conscience des différences dans les conditions de travail, les modes de vie, les activités domestiques. Si l'effort d'objectivation ne s'arrête pas là, ce type de démarche autorise un **meilleur contrôle** sur les représentations implicites qui interviennent dans ce type de travail.

1.3) EXEMPLE 2 : ENQUÊTER SUR LES PRATIQUES ÉCOLOGIQUES

Le second exemple proposé est issu d'une toute autre enquête qui s'intéresse aux mécanismes de conversion vers des modes de vie « durables » en prenant comme point d'entrée l'étude des pratiques mises en place par des jardiniers dans le cadre de potagers urbains (Farges, 2012).

Dans ce cas, il s'agissait de recueillir des données par observation et entretiens informels, donc en « direct » par rapport à l'exemple précédent. **Le premier**

effort a consisté ici à mettre à distance sa propre idée des pratiques jugées « bonnes », « mauvaises », « utiles », « contraignantes », « nécessaires » etc. en matière de développement durable. En plaçant à l'écart ses comportements personnels et ses propres jugements de valeur, on est alors plus attentif aux pratiques et idées différentes des siennes, et mieux à même de comprendre pourquoi certains sont convaincus tandis que d'autres expriment des résistances à la conversion écologique.

En outre, in situ, il est difficile de contrôler ses biais de perception, ses expressions verbales et non-verbales, la façon dont les enquêtés nous perçoivent et perçoivent notre enquête. Au fur et à mesure des rencontres avec les jardinières et les jardiniers, des relations plus affectives se sont nouées, facilitant le recueil d'informations sur leurs modes de vie. D'un côté, cela est souhaitable pour l'avancée du travail, mais d'un autre qui sont les enquêtés avec qui des affinités se créent ? Bien souvent, une proximité sociale (selon le genre, l'âge, le milieu social par exemple) est à l'œuvre dans ces relations affectives, par rapport à laquelle il s'agit de rester vigilant au risque de perdre de vue les modes de vie d'enquêtés avec lesquels la distance est plus grande et le contact parfois moins évident. Cette **influence des facteurs personnels** sur le travail d'enquête, difficilement évitable, est **prise en compte dans le travail d'analyse** des matériaux recueillis.

2) La signification des données recueillies

Dans un second temps, quel statut accorder aux données d'enquêtes réalisées auprès d'hommes et de femmes ? À quelles réalités donnent-elles accès ? Capter l'expérience d'individus telle qu'ils la vivent et la ressentent peut être considéré comme un idéal que l'auteur d'une enquête s'évertuera à atteindre sans cependant y parvenir jamais tout à fait.

2.1) LES ENQUÊTÉS FACE À L'ENQUÊTE

Il est possible d'observer de façon neutre et extérieure une situation, mais, le plus souvent, lorsqu'un dispositif d'enquête par questionnaire ou par entretien est mis en place, des réponses, des paroles, des réactions de la part des enquêtés sont sollicitées. La situation d'enquête est imposée à l'enquêté, qui s'y adapte.

Dès lors, que donne-t-il à connaître de lui-même ?

En premier lieu, **qui sont ceux qui acceptent** de prendre part à l'enquête ? On s'intéresse ici aux dispositions à répondre ou à parler des enquêtés, à leurs réactions face à l'offre de parole de l'enquêteur. Dans un article intitulé « Enquêter en milieu populaires », Gérard Mauger s'intéresse aux pertes et profits symboliques que les enquêtés peuvent retirer d'un échange avec un enquêteur : « Les enquêtés n'acceptent de s'y prêter que s'ils pensent être en mesure d'y "revendiquer un moi acceptable", que si l'enquête les "grandit" plutôt qu'elle ne les rappelle à leur "petitesse" » (1991, p. 134).

Cela pose alors la question de **la singularité de l'expérience révélée par l'enquêté**. Gérard Mauger observe que les individus qui acceptent l'offre de parole de l'enquêteur cherchent plutôt à se démarquer du vécu collectif de leur milieu social : « En fait, c'est au contraire le sentiment de la singularité par rapport aux jeunes de milieux populaires "ordinaires", du caractère inhabituel de la trajectoire empruntée (...) et des dispositions intériorisées par rapport à celles du "tout-venant" ("la volonté de s'en sortir") qui est au principe de "la disposition à parler" » (p. 135). L'individu se situe donc à distance du monde dont il se fait l'expression. On doit alors **veiller à ne pas se fonder sur cette expérience particulière pour tenir un discours généralisant** sur son milieu social.

Lors d'enquête par entretiens, le contenu de ce qui est exprimé ne peut juste être reçu comme tel. Lorsqu'il répond à un enquêteur, l'enquêté bien souvent se contredit, omet ou déforme les événements. Mais peut-il en être autrement ? Pierre Bourdieu (1986) dénonce « l'illusion biographique » : on suppose que les individus sont capables de dérouler l'histoire de leur vie, le sens commun décrit la vie comme un chemin, une route, un trajet, un cursus, comportant un commencement, des étapes et une fin. Or, interrogés par un enquêteur, les individus sont animés par la volonté de donner du sens, de la cohérence, une intelligibilité à leurs positionnements, de façon rétrospective et prospective, qui ne correspond que partiellement à leur expérience « réelle ». **Ainsi le matériau recueilli est-il toujours déformation de la réalité.**

Par ailleurs, d'autres facteurs entrent en considération dans les propos tenus comme l'interaction avec l'enquêteur (le contact est-il tendu ? l'enquêté se sent-il jugé ?) ou la désirabilité sociale de ses idées (par exemple, peut-il avouer face à un enquêteur des pratiques ou opinions peu morales, ou socialement réprouvées ?). Ainsi dans un cadre qualitatif, « plutôt que de conclure à la déformation (et au caractère inexploitable du matériau ainsi recueilli), il est préférable de **chercher à comprendre la logique de production du sens** » (Kaufmann, 2006, p. 64).

Dans les enquêtes par questionnaire, ces enjeux valent également. On conviendra que choisir des questions de fait ou des questions d'opinion, des questions ouvertes ou des questions fermées, influe sur le type de réponses obtenues. Mais plus encore, **les réponses dépendent en partie de la formulation des questions et des modalités de réponse** (c'est à dire du choix des mots).

Voici un exemple, proposé par François de Singly : « Si tel groupe de pression veut montrer que le consensus autour du travail des femmes est fragile, il fera poser la question suivante : "Êtes-vous favorable ou non au travail professionnel à temps plein pour les femmes, mères d'un ou plusieurs jeunes enfants ?". Le pourcentage des "oui" sera plus faible que le pourcentage obtenu avec une question amputée du dernier membre de la phrase. La présence du mot "jeune enfant" contribue à faire exclure du camp des partisans du travail féminin les hommes et les femmes les plus sensibles à ce qui leur apparaît comme un rappel du devoir de la "bonne mère" de famille » (2006, p. 70). Afin de limiter ces effets, l'auteur met en avant quelques règles comme :

- inclure une modalité « sans opinion » ou « sans objet »,
- établir un équilibre entre les modalités de réponse positives et négatives,
- bien réfléchir à la tonalité des mots employés, autoriser plusieurs réponses possibles.

L'auteur rappelle également quelques principes visant à éviter que l'enquêté comprenne mal la question qui lui est posée :

- ne mettre qu'une question par question,

- ne pas proposer trop de modalités de réponse,
- proposer pour les questions d'opinion ou d'attitude un continuum incluant des réponses extrêmes et « centristes »,
- éviter les négations et les doubles négations,
- appréhender au mieux les intensités et les fréquences des pratiques proposées dans les modalités de réponse,
- maîtriser l'ordre des questions.

Sur ce dernier point, précisons que l'organisation d'ensemble du questionnaire (l'enchaînement des thématiques, la suite des questions) est en effet à prendre en compte dans la mesure où les réponses apportées en début de questionnaire influent sur la façon dont l'enquêté le complète par la suite. Ici encore, cela tient à la « cohérence » biographique à laquelle se sent tenu l'enquêté.

Ces éléments incitent donc, de nouveau, à **adopter une posture réflexive** par rapport aux données que les outils d'enquête mis en place permettent de recueillir. Plus fondamentalement, dans un texte intitulé *L'opinion publique n'existe pas*, Pierre Bourdieu estime que, outre les questions de représentativité statistique des échantillons, les enquêtes d'opinion reposent sur trois postulats dont il s'agit d'avoir conscience :

1. « Toute enquête d'opinion suppose que tout le monde peut avoir une opinion », alors que les enquêtes comptent généralement des **non-réponses dont il faut comprendre le sens**.
2. « On suppose que toutes les opinions se valent », or en fonction de leurs appartenances sociales, les individus ont des systèmes de valeurs très différents.
3. Enfin, en posant la même question à tout le monde, on fait « l'hypothèse qu'il y a un consensus sur les problèmes, autrement dit qu'il y a un accord sur les questions qui méritent d'être posées » (Bourdieu, 2002 [1972], p. 222).

Pierre Bourdieu ne dit pas que les individus n'ont pas d'opinion, il met en cause la définition implicite de « l'opinion publique » telle que la proposent habituellement les auteurs de sondage ou d'enquêtes d'opinion.

Je soumettrai ici des exemples issus des deux mêmes recherches, montrant l'interrelation entre le dispositif d'enquête proposé et les données recueillies.

2.2) EXEMPLE 1 : COMMENT RÉPOND-ON À UN QUESTIONNAIRE ?

Dans le cadre de la recherche sur les modes de vie des enseignants, une enquête par questionnaire a été construite. Au-delà du travail exploratoire que nous avons évoqué précédemment, une étape supplémentaire a été ajoutée avant de diffuser le questionnaire auprès des 9 000 personnes prévues. Le questionnaire a en effet été testé sur un échantillon d'une centaine de personnes, dans les conditions réelles (lettre de présentation, envoi postal à domicile, retour des questionnaires dans une enveloppe prévue pour cela...).

L'objectif du test était de constater les taux de réponse, la qualité du remplissage, les commentaires laissés, les réponses « autres ». Il s'agissait aussi de demander par téléphone aux enquêtés comment ils avaient reçus le questionnaire, comment ils avaient compris certaines questions.

En fonction des résultats du test, le questionnaire final a été transformé et amélioré. Des questions ont été modifiées car elles comportaient de trop nombreuses réponses dans la catégorie « autres », signifiant que les modalités proposées ne correspondaient pas suffisamment à l'expérience vécue des enquêtés. Trois questions se succédant ont également été changées car elles créaient un « effet de halo » : la réponse de la première influait trop sur la réponse aux deux suivantes.

Par ailleurs, une question sur l'opinion politique (il était demandé aux enquêtés de se positionner sur une échelle gauche-droite) a fait l'objet de réactions lors du contact téléphonique. Plusieurs enquêtés ont tenu à préciser qu'ils n'avaient pas voté en accord avec leur situation sur l'échelle politique lors des dernières élections. Ainsi, dans le questionnaire final, cette question a été complétée par une autre portant sur leur comportement électoral aux élections présidentielles précédentes.

2.3) EXEMPLE 2 : QUE DIT-ON DE SES PRATIQUES ?

La recherche sur la conversion vers des modes de vie « durables » a duré un an. Les jardiniers et les jardinières ont été rencontrés à plusieurs reprises, sur plusieurs mois, toujours dans leur parcelle mais dans des conditions différentes : seul ou en présence de membres de la famille, dans des moments de travail du jardin ou de repos, en hiver et en été, au moment de bêcher, de semer ou de récolter...

La répétition des rencontres a permis de mettre au jour de nombreuses contradictions quant à l'adoption de pratiques écologiques. D'une part, des écarts ont pu être observés entre les discours et les pratiques effectivement mises en œuvre (par exemple, dire en hiver que l'on n'utilise jamais de pesticides n'empêche pas, au printemps, de s'autoriser quelques dérogations sur les jeunes plans de légumes menacés par les vers ou les limaces). D'autre part, les propos tenus variaient en fonction des personnes prenant part à la discussion (par exemple, il a été observé que la présence de leur femme incitait certains jardiniers à se contredire sur leur usage d'engrais chimiques ou de pesticides).

Conclusion

Les quelques éléments développés ci-avant, visent à attirer l'attention sur la vigilance requise lorsque l'on travaille sur de l'« humain », sur des pratiques et des représentations.

Les sciences de l'homme sont confrontées à des êtres de conscience qui agissent en fonction de croyances, de représentations, dont les actions ne sont pas seulement des réactions face à une situation donnée, et les opinions pas seulement des réponses à une question posée. Ceci est en l'occurrence au principe d'un registre de scientificité irréductible à d'autres champs de connaissance (Passeron, 1991).

Un équilibre est à rechercher entre une posture qui chercherait à tout prix des vérités et une approche qui se refuserait à toute montée en généralité. Dès lors que les données sont nécessairement limitées et situées, elles ne se livrent pas telles qu'elles, et ce que l'on peut en tirer repose sur l'interprétation qu'on en fait.

Références bibliographiques

- [1] Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. Actes de la recherche en sciences sociales, 62(62/63), 69-72.
- [2] Bourdieu, P. (2002). L'opinion publique n'existe pas. Questions de sociologie (Vol. 378, pp. 222-235). Paris: Éditions de Minuit. [1972]
- [3] Durkheim, E. (2007a). Les règles de la méthode sociologique. Paris: Presses Universitaires de France. [1895]
- [4] Durkheim, E. (2007b). Le Suicide. Paris: Presses Universitaires de France. [1897]
- [5] Farges, G. (2010). Les identités enseignantes à l'épreuve du temps, les transformations inter-générationnelles d'un groupe social (1970-2010). Doctorat de sociologie. Paris: Sciences Po, Observatoire Sociologique du Changement.
- [6] Farges, G. (2012). Making practices more sustainable in allotment gardens in France: the use of gardening at stake. Conference paper, international conference Sustain.Ability goes Sustain.Active (Technical University of Lisbon).
- [7] Halbwachs, M. (1930). Introduction. Les causes du suicide.
- [8] Kaufmann, J.-C. (2006). L'entretien compréhensif. L'enquête et ses méthodes. Paris: Armand Colin.
- [9] Mauger, G. (1991). Enquêter en milieu populaire. Genèses, 6, 125-143.
- [10] Moscovici, S., & Buschini, F. (2003). Les méthodes des sciences humaines. Paris: PUF.
- [11] Passeron, J.-C. (1991). Le raisonnement sociologique. L'espace non-popperien du raisonnement naturel. Paris: Nathan.
- [12] Singly (de), F. (2006). Le questionnaire. Paris: Armand Colin.
- [13] Touraine, A. (1984). Le retour de l'acteur. Paris: Fayard.

RÉFLEXIONS SUR LA QUALITÉ EN SANTÉ : DES ÉVOLUTIONS PERMANENTES

Pr Georges CHEVALLIER

Professeur honoraire des Universités

Ancien directeur du Département de Génie Biologique

Ancien responsable du Master Management des Technologies en Santé

Université de Technologie de Compiègne (www.utc.fr)

georges.chevallier@utc.fr

Résumé

La qualité en santé est une intention consensuelle mais sa mise en oeuvre soulève bien des débats. En effet la démarche qualité dans ce domaine ne peut se limiter à l'adaptation des procédures et des normes élaborées pour l'industrie et les services. L'objet de cet article est d'aider le lecteur à se faire sa propre opinion.

De fait, il faut d'abord cerner les domaines d'application : santé publique ou santé individuelle ne peuvent pas donner lieu aux mêmes indicateurs. D'autre part, il y a trois acteurs : l'Etat ou par délégation la ou les assurances maladies, les établissements de santé et enfin les personnels de santé.

Chacun aborde la question de façons différentes : l'Etat joue un rôle d'organisateur et se focalise sur les coûts, les établissements cherchent à adapter les procédures du monde industriel et des services sans toujours intégrer les méthodes particulières de travail de leur personnel, enfin, ces personnels de santé considèrent que leur lien de confiance avec le patient ne saurait être codifié sans perdre sa valeur.

De cette juxtaposition, résultent une foule d'indicateurs de la qualité perçue ou objective et une synthèse reste à faire. Le lecteur trouvera ici quelques éléments qui lui montreront des voies de réflexion.

MOTS-CLEFS

Système de santé, qualité, amélioration continue

Abstract

Everybody intend to develop quality in health but in fact it is not so easy to implement. The process in this field may not application of well-known proceedings and standard used in industry and services. This article wishes to help the reader to build his own opinion.

In fact, we ought to separate two fields of health system: public health and individual health. They not have same indicators. Secondly, there are three main actors: the State or health insurance under its authority, hospitals and medical staff. Every of them have not exactly the same point of view about quality. The State focuses on the cost and global organization, hospitals wish adapt the industrial or services without the opinion of their staff which is working in a very peculiar activity, and at last, the medical staffs think that a trust link with the patient is a the first priority and it would be inadequate to codify it. From this juxtaposition, a great number of indicators appears and no synthesis happens. The reader will find some elements which guides him for some reflection on the subject.

KEY WORDS

Health organization, quality, continuous improvement

Introduction

La qualité est un terme que chacun croit connaître et qu'on utilise volontiers. En fait, c'est un mot qui s'applique à tant de situations qu'il ne peut se comprendre que par rapport à une époque ou un contexte. Au XVII^{ème} siècle, une personne de qualité signifiait qu'elle appartenait à la haute société. Puis, ce fut un collaborateur ou un artisan en qui on pouvait avoir confiance et qui réalisait un excellent travail. Le bon artisan faisait donc des objets de qualité. Apparait progressivement la production en série dont le résultat doit donner des produits de qualité, c'est-à-dire solides, pratiques voire beaux. Enfin, ce fut le processus lui-même qui allait revendiquer la qualité en ce sens qu'il produit avec régularité des objets ou des résultats aux caractéristiques suffisantes pour l'usage qu'on en souhaite et surtout récurrentes.

La santé est également un terme que chacun connaît bien sauf que l'on a beaucoup de peine à la caractériser et encore moins à la quantifier. De nombreuses définitions de la « bonne » santé ont été données au cours des siècles : « vivre dans le silence de ses organes » serait de Descartes, « l'état de santé est reconnaissable à ceci que le sujet ne songe pas à son corps » serait de Georges Duhamel médecin écrivain ou bien encore « avoir des projets d'avenir ». Terminons par la définition qu'en donne depuis 1946 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Mais un autre aspect important est l'originalité du métier de médecin qu'on ne saurait assimiler à un ingénieur. En effet, le médecin se trouve responsable de l'établissement d'une relation intime de confiance avec le patient débouchant sur son consentement total à se plier à la volonté médicale qui lui est signifiée par une ordonnance. Les mots patients et ordonnance sont forts même si leur usage régulier nous le font oublier. De plus cette relation devra voir sa confidentialité garantie vis à vis de tiers ce qui ne facilite pas les contrôles. Enfin, préserver ou rétablir la santé d'une personne est un processus aléatoire soumis à une double influence : le sujet lui-même avec ses comportements à risque ou son patrimoine génétique et son environnement physique ou social. Il y a donc un monde entre les processus de fabrication en série ou de services récurrents et les pratiques en santé.

C'est pourquoi il est possible s'interroger sur l'application des méthodes de gestion de la qualité issues de l'organisation de la production industrielle à un domaine où la relation est individuelle et protégée en outre par le secret. Certes, le mot qualité est à la mode : il est positif et valorisant. Il évoque selon la définition du Larousse « quelque chose de supérieur et l'excellence ».

L'objet de cet article est d'analyser ce que recouvre l'expression si consensuelle de "**qualité en santé**" à laquelle on attache, dans un flou total, des indicateurs les plus variés : espérance de vie accrue pour toute une population, dépenses optimisées, facilité d'accès aux soins, disponibilité et perspicacité du médecin généraliste...

Nous proposons de réfléchir à la question en quatre parties :

- 1) la première souligne que la qualité en santé ne se résume pas à la qualité des soins,
- 2) la seconde dégage l'idée qu'il y a trois niveaux d'acteurs pour la mise en place de démarches qualité en santé : l'Etat ou les assurances, les établissements de santé et les personnels de santé,
- 3) ensuite est évoquée la question de l'évaluation de la qualité,
- 4) enfin il est légitime de savoir le comment actuel.

1) La variété des indicateurs.

On comprend vite que la qualité en santé n'est pas ressentie de la même manière en toutes circonstances et en tous lieux où s'exerce une activité sanitaire. On conçoit dès le départ que les points de vue, donc les indicateurs, sont variés et que les exigences sont bien différentes.

Le premier concerné est évidemment le patient. Pour lui déjà, il y a deux regards : son cas personnel avec sa propre pathologie et la sécurité sanitaire de son environnement. Dans le premier cas, il sera sensible à la qualité du diagnostic et des soins : c'est la qualité de la santé clinique. Dans le second cas, il est concerné par l'organisation de la santé publique. Certes, il y a un lien entre santé clinique et santé publique mais les critères de ressenti et d'évaluation sont très différents. L'empathie, la compétence associée à l'expérience et la disponibilité du médecin comptent beaucoup en santé clinique. L'organisation, la prévention, la profusion des équipements limitant les attentes d'examen ou d'intervention, les conditions de prises en charge financières ... sont des critères de qualité essentiels en santé publique. Dans le premier cas, il y a une relation personnelle qui est basée sur la confiance entre deux individus, dans le second cas, on se trouve devant un système plus proche d'une juxtaposition de services dont les interactions doivent bien se coordonner et être lisibles par tous. Une part importante de cet ensemble peut s'appuyer sur des règles explicites qu'elles s'appellent normes, protocoles, prises en charge des frais inhérents à l'acte de soin ... sauf que restera toujours l'incertitude inhérente à toute activité singulière impossible à contrôler au cas par cas.

Nous sommes dans une société qui admet de moins en moins l'alea et la dispersion des résultats. L'industrie manufacturière nous a habitués à des productions en série ne laissant pas de place au geste artisanal. Elle a façonné les mentalités avec des concepts de délais garantis, de « juste à temps », de prix de revient calculés au plus juste ... Les services ont été à leur tour concernés et la satisfaction du client devient essentielle dans un monde où la concurrence s'est largement ouverte. Comme l'enseignement d'ailleurs, la santé ne saurait être épargnée par ce bouleversement, sauf que là, le domaine d'application est l'individu avec toute sa complexité, ses habitudes et sa variabilité.

Pour commencer, la notion de client dont la satisfaction est sollicitée dans les espaces normatifs est difficile à cerner en santé : bien que spontanément on pense au patient, une réflexion plus approfondie la rend peu crédible : il subit sa pathologie. Il ne choisit pas en général son traitement. Dans bien des cas, il ne choisit pas non plus son médecin soit que le « désert médical » le lui impose de fait, soit que l'urgence le rende impossible. Il ne paye pas vraiment puisque cela relève de l'assurance maladie. Ces simples observations montrent que la maîtrise de la qualité en santé est de nature bien différente de celles mises en place dans des processus industriels ou de services standardisés.

Cependant, tous les pays comparables au nôtre, à commencer par les Etats-Unis d'Amérique, ont pensé que la liberté de pratique médicale et l'absence de règles rationnelles dans les politiques d'autorisation de médicaments, d'équipements, d'organisation des soins... ne pouvaient perdurer non seulement en raison de l'envolée des coûts mais aussi des dangers pour les populations de se voir proposer des remèdes relevant davantage de charlatans que de personnels responsables. Comme pour la production industrielle, une politique basée sur une maîtrise de la qualité en santé a l'avantage de permettre d'éliminer des rebus (comprendre ici surcoûts), de trouver une alternative à la gestion comptable de la santé, de remplacer la concurrence par les prix difficile à accepter en santé par une concurrence par la qualité, introduisant indirectement le « consommateur » dans la boucle.

2) Trois acteurs, trois approches différentes de démarche qualité en santé

Il y a en fait dans la mise en œuvre trois niveaux d'organisation qui ont leur part de responsabilité dans le développement de l'idée de la qualité en santé : l'Etat et/ou les assurances (les liens entre eux sont plus ou moins marqués selon les pays mais existent toujours), les établissements de santé, les personnels de santé.

Pour les Etats et les assurances maladie, un premier arbitrage dans les priorités consiste à répartir les moyens entre la santé publique et la santé individuelle ou clinique. Dans le premier cas, sera développée une politique de médecine préventive : vaccinations obligatoires, examens réguliers durant les grossesses, efforts ciblés sur la périnatalité, programmes de suivi de l'hypertension, de l'obésité, examens réguliers des personnes âgées de plus de 65 ans qui, la plupart, ne bénéficient plus de la médecine du travail puisqu'elles sont à la retraite... Dans le second cas, on portera l'effort sur le curatif en mettant en place un accès facile aux soins que ce soit par le biais de la gratuité ou par une bonne répartition géographique au plus proche des patients. On voit d'emblée que les répartitions des moyens, la formation des personnels de santé, voire leur statut... seront différents selon l'objectif poursuivi. La prévention est une politique d'investissement sur le long terme, peu spectaculaire. Elle implique beaucoup plus le patient dans la mesure où il sera obligé, même en bonne santé, de subir examens et consultations qui lui sembleront bien contraignantes et auxquelles il se soustraira sauf s'il y a des mesures de rétorsion. Remarquons que de telles mesures existent déjà en France par le biais des suspensions des allocations familiales en cas de non-respect des dates de visite des nourrissons. Ailleurs, cela passe par l'exigence de check-up réguliers des compagnies d'assurance pour continuer à être garanti ou bénéficier de primes à taux réduit. A ces mesures globales correspondent des résultats d'ensemble, comme l'espérance moyenne de vie ou la mortalité infantile. Ce critère est maintenant accompagné de celui d'espérance de vie sans incapacité. Certes, l'incapacité comporte plusieurs degrés et est parfois subjective. Mais cette infor-

mation remet en cause certaines convictions : par exemple, on dit que le système britannique de santé est moins performant que le français. C'est vrai, si on adopte le critère de la durée de vie (moyenne homme et femme) : Royaume-Uni 80,4 ans ; France. 81,75 ans mais ce n'est plus vrai si on prend en compte la vie sans incapacité (Royaume-Uni 65,5 ans ; France. 62,7 ans) [1]. L'origine des écarts dépend aussi des conditions de vie générales des pays qui ne sont pas liées directement à la qualité en santé (eau courante, nourriture, consommation de l'alcool et du tabac, accidents ...), mais aussi de la facilité d'accès au soins (gratuit dans de nombreux pays dont le Royaume-Uni, infirmières ayant obtenu le droit de prescrire...).

Les Etats ont aussi la responsabilité d'autoriser ou d'interdire médicaments ou pratiques considérées comme dangereuses pour les patients ou les personnels. C'est de tradition dans le rôle des Etats de protéger leurs citoyens. Mais la mondialisation, le poids des industries de santé, la diversité des médicaments et des dispositifs médicaux, la rapidité des évolutions technologiques rendent difficile cet exercice et une démarche qualité en service rendu reste à développer. Il faut mieux cerner les responsabilités partagées entre le médecin qui ne peut rester seul face aux offres de moyens de soigner son patient proposées par les laboratoires pharmaceutiques ou les fabricants de dispositifs médicaux et face aux règles élaborées par les assurances. De nombreux conflits d'intérêts surviennent de ces confrontations.

Au niveau des établissements de santé, la politique de qualité en santé est dispersée entre des processus de bonne organisation et des actions à caractère thérapeutique.

Dans le premier groupe se trouvent l'accueil du patient, l'ouverture de son dossier, son information, la sécurité de ses biens et de sa personne, l'alimentation mais aussi le bon fonctionnement du plateau technique (bloc opératoire, imagerie, réseau de transmission de données, laboratoire d'analyses ...), des infrastructures (ascenseurs, fluides, logistique, sécurité et disponibilité des dispositifs médicaux...). On peut aussi y ajouter l'empreinte carbone de l'établissement et la gestion de ses déchets. Les

démarches qualité des entreprises à caractère industriel ou commercial peuvent facilement être adaptées aux établissements de santé, d'autant plus aisément que dans ces activités sont impliqués des ingénieurs ou techniciens. La norme ISO 9001 peut en être le point de départ comme le montre la conception d'un guide de bonnes pratiques de l'ingénierie biomédicale en établissement de santé [2]. L'AFNOR avec sa norme NF S90-351 [3] sur les exigences relatives à la maîtrise de la contamination aéroportée s'est engagée dans la voie du rapprochement ingénieurs/médecins. La conformité à une norme va garantir un certain nombre de contrôles positifs en particulier dans le domaine de la sécurité. La qualité du produit ou du service s'en trouve amélioré. La norme est donc un élément utile aux clients (médecin ou patient) et les émancipe d'une trop grande dépendance des fournisseurs. Depuis l'ordonnance de 1996, les établissements français de santé sont soumis à une accréditation devenue en 2004 une certification accordée par la Haute Autorité de Santé [4] selon des modalités précisées dans son Manuel de Certification. Il vise la qualité et la sécurité des soins excluant cependant toute évaluation des pratiques personnelles des intervenants médecins ou soignants. Parallèlement, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), pilote la qualité dans les domaines du médicament et des dispositifs médicaux [5].

Dans le second groupe, se trouvent les aspects médicaux et thérapeutiques qui impactent la qualité en santé. La culture de l'ingénieur n'est pas présente sauf indirectement dans les services cliniques mettant en œuvre des équipements lourds comme l'imagerie ou la médecine nucléaire. La culture du médecin est fondée sur la relation personnelle qu'il doit avoir avec le patient qui s'en remet à lui. C'est le cœur de son métier. Il refuse a priori l'idée d'une norme, élaborée par des comités regroupant des représentants d'entreprises ou des "clients-patients", qui lui dicterait sa conduite, mais accepte plus facilement de se plier à des protocoles et à des guides de bonnes pratiques élaborés par ses pairs au sein de sociétés savantes pour la pratique professionnelle des soins, le suivi de leur continuité, la prise en charge de la douleur, les risques infectieux et transfusionnels, la sortie du patient, sa post-hospi-

talisation, la gestion des fins de vie et les soins palliatifs.... C'est d'ailleurs ce que propose la Haute Autorité en Santé avec ses processus d'élaboration de référentiels de pratiques médicales. Le médecin est responsable de son patient et refusera d'avoir à rendre compte systématiquement de l'opportunité d'un acte médical ou chirurgical ou sa modalité (intervention en ambulatoire ou non). Cependant, avec le développement de la tarification à l'activité et la mise en concurrence des établissements, il y aurait lieu de protéger le patient contre une intervention ou une modalité d'intervention qui ne lui serait pas nécessaire. Cette position des médecins de prendre seuls et entre soi ses responsabilités, tout à fait respectable car elle a sa justification, a cependant deux inconvénients :

- 1) Les sociétés savantes sont par définition très spécialisées et l'élaboration, sous leur seul égide, des guides de bonnes pratiques ou des protocoles limite les garanties de débats contradictoires ouverts aussi bien aux fournisseurs qu'aux clients qui seraient ici l'assurance maladie. Ils peuvent être instrumentalisés pour servir par exemple d'arguments pour suréquiper certains services cliniques.
- 2) Le second inconvénient est de minimiser a priori le rôle des personnels soignants (infirmiers, manipulateurs radio...) de la réflexion, alors qu'ils sont bien placés pour apporter des observations de terrain.

Un domaine où le patient se sent en état de porter une évaluation de la qualité en santé est celui des pratiques professionnelles des personnels de santé (médecins et soignants). C'est donc une perception sur le service rendu du cœur des métiers soignants. En fait, un médecin (c'est vrai aussi des autres professions de santé) tient sa légitimité de son diplôme mais le patient est surtout sensible à ses compétences qui associent connaissances et empathie pour tisser des liens de confiance. Or le diplôme n'implique pas automatiquement la parfaite maîtrise de toutes ces compétences attendues. D'ailleurs, le bon sens populaire en est bien convaincu en se passant de bouche-à-oreille telle ou telle appréciation sur les médecins et chirurgiens de sa ville.

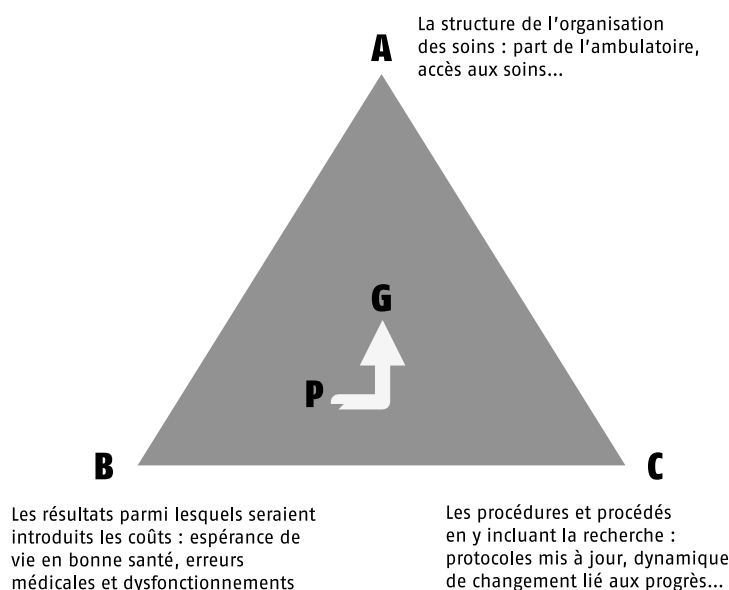


FIGURE 1 : Le triangle de la qualité en santé selon A. Donabedian et trajectoire d'amélioration de la qualité perçue d'un système de santé [6]

La question se pose avec acuité car une démarche qualité implique une évaluation qui heurte la tradition libérale du médecin.

3) Comment évaluer la qualité en santé ?

Si la qualité d'une production industrielle peut s'estimer à partir de la rigueur que les opérateurs ont mis à respecter les normes de conception et de fabrication, nous venons de voir que la qualité en santé appelle une autre approche beaucoup plus complexe, voire subjective, dans la mesure où personne ne maîtrise la standardisation des entrants (le patient, les compétences et empathies des personnels). On peut certes soumettre les structures (organisation, équipements) à des normes ou à des certifications comme le fait la Haute Autorité en Santé, mais les processus de pratique médicale ou de soins échappent en partie à la normalisation dans la mesure où le médecin se trouve devant un cas unique et individuel qu'il doit traiter d'ailleurs avec le consentement du patient ou celui de sa famille.

Comme A. Donabedian [6], on peut imaginer que la qualité en santé est par nature multifactorielle et qu'il conviendrait de la caractériser par des analyses par sa position dans un diagramme ternaire (figure 1) dont les sommets seraient :

- la structure de l'organisation des soins
- les procédures et procédés en y incluant la recherche
- les résultats parmi lesquels seraient introduit les coûts

Un système de santé perçu comme parfait serait celui qui réaliserait un équilibre entre ces trois critères : un bon maillage de l'offre de soins efficaces, un travail permanent de réflexions prospectives sur les procédures et procédés constamment remis en cause par l'essor des technologies et enfin tout cela au moindre coût. En effet, il faut trouver un consensus entre les patients et les bien-portant qui financent ! Leurs exigences ne coïncident pas tout à fait. En outre, c'est un équilibre dynamique car les conditions changent continuellement. On pourrait visualiser la situation instantanée par le positionnement dans le triangle de la figure 1. La qualité perçue comme donnant une satisfaction optimale d'une population serait au centre de gravité du triangle. Un Etat qui aurait un résultat très faible en structure c'est à dire mal organisé serait positionné près du sommet A. L'idéal apparaît être au centre de gravité G : un système de santé de qualité serait celui qui répond bien aux besoins des patients, qui a des procédures et procédés de soins robustes limitant les aléas inhérents à la multiplicité des cas

Sous-discipline	Nombre d'indicateurs
Droit des patients et son information	8
Utilisation d'Internet	4
Attente de traitement	5
Résultats des soins	7
Equipement des services	6
Pharmacopée accessible	4

FIGURE 2 : Présentation des 6 principaux indicateurs de Euro Health Consumer index [7]

pathologiques organisé pour une amélioration continue de la qualité des soins et enfin un coût acceptable par la collectivité. Les coûts comprennent non seulement ce qui est directement connu par la comptabilité mais aussi les coûts des vies abrégées ou avec invalidité. Une analyse régulière permettrait de constater les progrès. Le problème n'est pas pour autant résolu faute d'indicateurs relativement objectifs, cohérents et partagés. Certains apparaissent avec de fortes constantes de temps (par exemple l'espérance de vie), d'autres sont très dépendants des conditions sociales des patients.

Néanmoins, la plupart des Etats sentent bien que la question ne peut être éludée avec la pression sur les équilibres des comptes sociaux. Par ailleurs, la mise en place de la tarification à l'activité initiée aux Etats-Unis et mise en place partout en Europe a rendu encore plus nécessaire de suivre les résultats non seulement comptables mais aussi qualitatifs puisque c'est une façon de maintenir une certaine concurrence.

La société Euro Health Consumer Power House a été créée sur appel d'offre du gouvernement suédois pour comparer les performances des administrations régionales de santé [7]. C'est un cabinet privé d'analyse des systèmes de santé. A partir de 2005, la Commission Européenne l'a chargé d'appliquer son modèle d'évaluation à toute l'Europe. Maintenant installé à Bruxelles, il publie chaque année l'Euro Health Consumer Index. Il n'est pas inintéressant de connaître les indicateurs généraux imaginés par cette société. La figure 2 présente les thèmes retenus en 2008. Sans entrer dans le détail de chaque sous-discipline, on peut noter l'importance accordée aux droits des patients, à l'accès

rapide aux soins, à l'exploitation d'Internet bien plus développé dans les pays de l'Europe du nord qu'ailleurs (fixation de rendez-vous, dossier médical, réseau pharmacie), les temps d'attente par exemple pour un examen d'Imagerie en Résonance Magnétique (IRM) dont le seuil a été fixé à 7 jours ou l'accès à un spécialiste.

Les résultats sur les soins donnent lieu à une évaluation multifactorielle intéressante : certaines sont classiques comme la mortalité infantile, la survie à 5 ans après le diagnostic d'un cancer, le taux de maladies nosocomiales d'autres plus originaux comme les années de vie perdues au-delà de 69 ans, le nombre de transplantations de reins par habitant... Le volet pharmacie met en avant la vitesse de déploiement d'un nouveau médicament, la richesse de la pharmacopée accessible.

À l'aune de ces critères, ce sont les Pays-Bas qui font le meilleur score, les pays scandinaves font partie du peloton de tête, la France occupe la 10^e place un peu avant le Royaume-Uni mais derrière l'Allemagne sur les 31 pays analysés. Les analyses Euro Health Consumer vont donner une image de la qualité perçue selon une certaine grille de lecture.

Pour les établissements de santé, les critères sont à adapter. Le premier indicateur important et même essentiel est le taux des maladies nosocomiales, c'est-à-dire des infections qu'un patient contracte lors de son séjour à l'hôpital. Les pratiques d'hygiène des personnels jouent un grand rôle dans la transmission. Parfois c'est le matériel mal stérilisé ou l'air et l'eau qui sont des vecteurs de la contamination nosocomiale. La prévention de ces infections reste complexe du fait même qu'elles sont le résultat de plusieurs facteurs (l'agent infectieux, l'état préalable de la santé de la personne infectée, une vigilance insuffisante du personnel soignant, des approches d'hygiène favorisant la sélection de souches de plus en plus résistantes...).

En France, la maîtrise du risque infectieux est un élément explicite pour obtenir la certification (obligatoire) de l'établissement via le référentiel de l'HAS [4]. Mais d'autres critères peuvent se révéler plus pertinents en fonction des attentes exprimées par les citoyens.

GP/GDP REFERRAL ONLY				
Month ending	Number waiting at month end			
	Total	Number waiting over 12 weeks	Number waiting over 15 weeks	Number waiting over 18 weeks
31-mars-10	148 066	48	25	20
31-mars-09	145 474	n/a	87	72
31-mars-08	163 369	n/a	4607	263

FIGURE 3 : Exemple d'un indicateur publié par le National Health Service (Ecosse). GP signifie general practitioner (en français médecin traitant) qui a décidé l'hospitalisation <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Waiting-Times/Inpatient-Day-Cases-and-Outpatients>

Tel est le cas au Royaume-Uni, connu pour ses longs délais d'attente à l'hospitalisation. Depuis plusieurs années, le National Health Service publie régulièrement ces délais dans la rubrique « hospital episode statistic ». La figure 3 en montre un exemple. La consultation du site met en garde les lecteurs contre d'une trop rapide appréciation. Le site comporte en effet un argumentaire serré pour expliquer que ces chiffres doivent être regardés avec circonspection tant il est difficile de définir un « vrai » délai. Les éléments plus récents sont maintenant donnés par pathologie à l'échelle de l'Angleterre [8].

4) Quels sont les opérateurs des démarches qualité en santé ?

La gestion de la qualité ou au moins son suivi est devenue un outil de pilotage des systèmes de santé et chaque pays s'est doté d'une ou plusieurs institutions [9] qui en ont la charge. Citons trois exemples :

- **Aux Etats-Unis**, c'est à l'initiative de l'association américaine des chirurgiens (American College of Surgeons) que vers 1910 se constitue un groupe de réflexion qui, en une page, développe un standard minimum pour les hôpitaux (Minimum Standard for Hospital). On comprend nettement que ce groupe veut se défendre contre des charlatans qui abusent leurs patients et qui font du tort à l'ensemble de la profession. A l'époque, aucun système d'assurance n'existait et le patient ne bénéficiait d'aucun recours. En 1951, le collège des médecins, l'association des hôpitaux ainsi que d'autres associations dont une

canadienne élargissent le champ de l'évaluation en créant la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) qui publie en 1953 le Standards for Hospital Accreditation. Cette initiative privée est reconnue en 1972 par le secrétaire d'Etat à la santé qui intègre cette expertise dans la loi fédérale (Social Security Act). D'autres professions de santé rejoignent progressivement le JCAH qui devient en 1987 le JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [10]). Un manuel d'accréditation est édité : il s'applique aussi bien à l'hôpital, aux soins ambulatoires, aux services d'hospitalisation à domicile, aux réseaux de soins, aux laboratoires privés... Les missions que se donne la JCAHO vont jusqu'à tenir à jour les protocoles concernant certaines pathologies : par exemple quels doivent être les tests rapides pour diagnostiquer la grippe chez un patient qui n'est pas présent sur place. Ce sont donc des missions très complètes qui servent aussi à protéger les personnels soignants de poursuites judiciaires en cas d'échec sanitaire. L'aspect le plus original de la JCAHO est son statut d'association sans but lucratif (non profit organization) dont le financement provient des expertises qui sont facturées aux établissements américains mais aussi maintenant à certains Etats qui trouvent opportun de s'appuyer sur des experts étrangers. On constate que l'organisation américaine a favorisé la participation des toutes les professions de santé à s'approprier la gestion de la qualité. Il y a là un bon exemple de participation interprofessionnelle qu'on ne retrouve pas toujours ailleurs.

- **En France**, la Haute Autorité en Santé (HAS) est une Autorité Publique créée en 2004 (reprenant une activité lancée en 1996) et chargée statutairement entre autres missions de promouvoir la qualité des soins [4]. Elle valide des protocoles et surtout assure la certification des établissements de santé. Elle valide les prises en charge des soins par l'assurance maladie, tâche que la JCHAO n'exerce pas. La HAS ne traite donc pas uniquement l'aspect soins puisque par l'intermédiaire de la Commission de la transparence elle se trouve ainsi impliquée dans des polémiques de taux de remboursements qui nuisent à son image de totale objectivité.
- **En Allemagne**, l'Institut pour la qualité et l'efficacité dans les soins (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ou IQWiG [11]) est au niveau fédéral une autorité indépendante chargée de l'évaluation des médicaments et de la qualité des soins, de donner des informations en santé (comme la HAS d'ailleurs), de réaliser et de publier des évaluations économiques. En outre, il assure la coordination des recherches cliniques. Il a été créé en 2004. Il rend des avis sur l'utilisation optimale des technologies de santé, des médicaments et des dispositifs médicaux. Ces avis doivent être repris par le comité commun regroupant l'association allemande des médecins, les caisses d'assurance maladie et les représentants des patients. Il est financé par une taxe prélevée sur les patients hospitalisés garantissant ainsi une certaine indépendance.

Qu'en conclure ?

La qualité en santé ne peut se limiter à la transposition de procédures plus ou moins adaptées de ce qui existe dans le secteur de l'industrie ou des services. Si la part importante d'activité en santé qui relève globalement de métiers d'ingénieur peut aisément s'appliquer, encore faut-il y introduire des éléments complémentaires d'exigences de disponibilité, d'ergonomie ou autre, inhérents à un domaine où le pronostic vital d'un patient peut être engagé lors de l'exploitation quotidienne des dispositifs médicaux. Par contre, le cœur de l'activité exercée par les personnels médicaux et soignants

doit faire appel à une réflexion collective intégrant la déontologie, l'éthique médicale, le partage des connaissances entre les personnels médicaux et soignants, l'information permanente, objective et partagée, sur l'état de l'art...

On pourrait imaginer l'élaboration d'une norme ou d'un guide de bonnes pratiques d'organisation de cette réflexion collective à l'échelle d'un service clinique en lien avec les gestionnaires économiques et techniques puisque la qualité en santé est le fruit d'un équilibre entre plusieurs contraintes ou dimensions sociétales. On peut espérer voir progressivement s'élaborer une approche qualité coordonnée avec celle des industriels, spécifique au domaine de la santé qui pourrait s'inspirer des pratiques de l'aéronautique où l'Organisation de l'aviation civile internationale élabore des normes et des recommandations dans son secteur en liaison avec les industriels. Sa mise en place est devenue indispensable pour dépasser les nombreuses potentialités de conflits d'intérêt du domaine. Ces conflits sont en effet rendus d'autant plus possibles que les flux continus (voire tendus) des soins qui sont permis par les nouvelles technologies appliquées à la santé, déstabilisent de façon constante les professions de santé. Cette évolution profonde des pratiques médicales ne permet plus les certitudes filtrées par une longue pratique que les anciens inculquaient aux nouvelles générations. La qualité en santé doit être l'angle d'approche pour rendre harmonieuses et efficaces les relations entre personnels de santé, les ingénieurs et les citoyens au plus grand bénéfice des patients.

Références bibliographiques

- [1] www.healthy-life-years.eu, statistiques des espérances de vie en Europe
- [2] Guide des Bonnes Pratiques de l'Ingénierie Biomédicale en Etablissement de Santé, G. Farges, C. Bendele, M. Decouvelaere, P. Kouam, Ph. Labrousse, M. Lafont, G. Romain, G. Zoabli et coll., Lexitis éditions, 2011, ISBN: 978-2-36233-027-8 - ISSN : 2114-1657
- [3] www.afnor.org, norme NF S 90-351 (exigences relative à la maîtrise de la contamination aéroportée)

- [4] www.has-sante.fr, site officiel de la Haute Autorité de Santé : les recommandations de bonne pratique
- [5] www.ansm.sante.fr, site de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, agence se substituant à l'AFSSAPS)
- [6] Avedis Donabedian, «the quality of care: how can it be assessed ? » JAMA 1988 Vol 260 N° 12 p 1744
- [7] www.healthpowerhouse.com situations comparées entre les pays européens (rapport 2012)
- [8] www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/Waitingtimes : analyses des temps d'attente à l'hospitalisation au Royaume-Uni.
- [9] Georges Chevallier, Systèmes de santé : clés et comparaisons internationales, L'Harmattan éditeur, nouvelle édition 2011 ISBN 978-2-296-11090-8
- [10] www.jointcommission.org, site du J.C.H.A.O, site américain de certification de pratiques médicales et d'évaluation de la qualité
- [11] www.iqwig.de, site de l'institut allemand pour la qualité et l'efficience en santé (site bilingue allemand et anglais)

LE RÉPERTOIRE DES ACTEURS DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE

DNV BUSINESS ASSURANCE FRANCE
FÉLIX INFORMATIQUE
INSTITUT MÉDITERRANÉEN DE LA QUALITÉ (IMQ)
LRQA FRANCE SAS
QUALNET

DNV BUSINESS ASSURANCE FRANCE

1, allée du Lazio
Parc Technoland
ZI Champ Dolin
69800 St Priest

Téléphone : +33 (0)4 78 90 91 40
Fax : +33 (0)4 78 90 52 78
Contact : Marianne SAVARY
France.Business-Assurance@dnv.com
www.dnvba.fr

DNV Business Assurance est l'un des premiers organismes de certification au monde. En offrant des services de certification, de vérification, d'évaluation et de formation, nous sommes aux côtés de

nos clients pour améliorer la performance de leurs produits, de leurs processus et de leur organisation. Nous les aidons à construire une relation de confiance avec leurs parties prenantes et à créer une plateforme facilitant la performance durable de leur activité.

MOTS-CLEFS

AGROALIMENTAIRE - AUDIT - CONSEIL / FORMATION - DÉVELOPPEMENT DURABLE - EFFICACITÉ ÉNERGETIQUE - EFQM - ÉVALUATION - FORMATION IRCA - FSSC 22000 - GESTION DES PROCESSUS - ISO 14001 - ISO 22000 - ISO 26000 - ISO 50001 - ISO 9001 - LEAN SIX SIGMA - LOGICIELS - MANAGEMENT DES RISQUES - MASE - OHSAS 18001 - RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE - VÉRIFICATION

FÉLIX INFORMATIQUE

3 rue de la Moselotte
BP 41040
54521 LAXOU

Téléphone : +33 (0)3 83 96 88 17
+33 (0)3 83 96 23 23
Fax : +33 (0) 3 83 96 88 00
Contact : Cehem MICLO - deca@felix.fr
www.felix.fr

Félix Informatique éditeur de logiciels pour la métrologie et le contrôle qualité.

- Deca v8, la nouvelle version de notre logiciel,

assure la traçabilité et la gestion des instruments. La nouvelle interface web permet une ergonomie et une personnalisation poussée et les nouvelles fonctionnalités améliorent l'aide à la décision et la mobilité.

- Lug intervient du contrôle réception au contrôle final. Il est l'outil d'aide à la décision du contrôleur et l'outil d'analyse du responsable qualité.

MOTS-CLEFS

CONSEIL/FORMATION - CONTRÔLE QUALITÉ - ISO 9001 - LOGICIELS - MÉTROLOGIE - NF INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE - NF LOGICIEL

INSTITUT MÉDITERRANÉEN DE LA QUALITÉ (IMQ)

57 chemin Gaetan Gastaldo
ZE Lagoubran
83200 TOULON

Téléphone principal : +33 (0)4 94 09 78 00
Fax : +33 (0)4 94 09 78 09
Contact : Antonio MAZZEI - info@imq-fr.com
www.imq-fr.com

Centre d'Innovation et d'Expertise en Métrologie, l'IMQ est un démonstrateur technologique à des

fins pédagogiques. Nous transmettons les connaissances pratiques aux PME / PMI et les outils techniques nécessaires pour leur permettre d'assurer la qualité de leurs produits et de maîtriser leurs processus de mesure.

MOTS-CLEFS

CONSEIL / FORMATION - GESTION DES PROCESSUS - ISO 9001 - MÉTROLOGIE

LRQA FRANCE SAS

1 boulevard Vivier Merle
69003 Lyon

Téléphone : +33 (0) 4 72 13 31 40

Fax : +33 (0)4 72 13 31 40

Contact : Dalila KENDEL - Lrqa.France@lr.org

www.lrqa.fr

LRQA, Lloyd's Register group :

- Certification des systèmes de management à valeur ajoutée ;
- Formations sur mesure et interentreprises ;
- Qualité (ISO 9001, EN 9100, TS 16949, ISO 22716, ISO 29990, directives européennes) ;

- Santé-sécurité (OHSAS 18001, MASE, SMS par étapes) ;
- Environnement (SME par étapes, ISO 14001, vérification des gaz à effet de serre, bilan carbone, ISO 50001) ;
- Développement durable (évaluation ISO 26000, RSE, SA 8000) ;
- Sécurité alimentaire (IFS, BRC, ISO 22000, FSSC 22000).

MOTS-CLEFS

AUDIT - CONSEIL / FORMATION - FORMATIONS - GESTION DES PROCESSUS - ISO 14001 - ISO 22716 - ISO 50001 - ISO 9001 - RSE

QUALNET

24 Route de Creton
18110 Vasselay (Bourges)

Téléphone : +33 (0)2 48 70 70 34

Fax : +33 (0)2 48 70 81 53

Contact : Emmanuel DERRIEN - info@qualnet.fr

www.qualnet.fr

La gestion des informations, des processus, des documents et les notions de traçabilité sont devenues aujourd'hui essentielles dans le management des organisations. Depuis 15 ans, QualNet propose des solutions logicielles répondant à tous ces besoins que vous rencontrez au quotidien dans la gestion de votre organisation : documents, enregistrements, tableaux de bord et indicateurs dans tous les domaines : qualité, QSE, achats, RH, informatique... Tous les secteurs d'activités sont concernés.

L'EXPÉRIENCE

Depuis 1997, nous accompagnons nos clients tout au long de leurs projets. Notre expertise sur différents domaines et particulièrement dans le management QSE, nous a permis de développer des solutions s'adaptant facilement à tous les secteurs d'activités et à toutes les tailles d'organisations, privées

ou publiques. Nous avons choisi d'associer deux métiers pour une meilleure adéquation avec les besoins des entreprises : la maîtrise des processus et les technologies web. Cette double compétence nous permet de répondre aux besoins de nos clients.

L'INNOVATION

Dans un marché en constante évolution, nous travaillons en permanence dans le but d'améliorer nos produits et satisfaire nos clients. Nos solutions logicielles suivent les dernières technologies pour vous proposer la meilleure performance et la plus grande ergonomie.

L'ÉCOUTE

En permanence attentives aux besoins de nos clients, nos équipes sont disponibles tant sur les aspects fonctionnels que techniques. Chacune de vos demandes est étudiée avec soin.

MOTS-CLEFS

AUDIT - BPM - CONSEIL / FORMATION - DÉMATERIALISATION - FORMULAIRES NUMÉRIQUES - GED - GESTION DES PROCESSUS - GESTION DOCUMENTAIRE - ISO 14001 - ISO 9001 - LOGICIELS - PORTAIL COLLABORATIF - SOLUTIONS MÉTIERS - WORKFLOW

NOUVEAU !

Découvrez la collection 1+1

Une exclusivité Bureau Veritas Certification / Lexitis Editions

**DEUX
OUVRAGES
EN UN SEUL
VOLUME !**

Tranche fil
et marque-page
en tissu

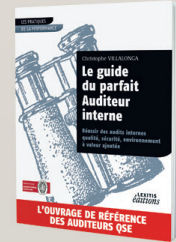
Reliure cartonnée
solide et de qualité

**Guide du parfait
auditeur interne
+ L'ISO 9001 facile**

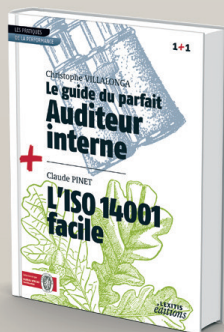
44 € 380 PAGES

au lieu de 56 € (26 € + 30 €)

Attention !
Offre exclusive en
RELIÉ CARTONNÉ
non disponible
en librairie



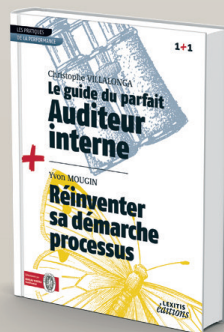
La collection 1+1 propose les classiques des éditions Lexitis réunis en recueils reliés cartonnés à des prix économiques



**Guide du parfait
auditeur interne
+ L'ISO 14001 facile**

47 € 380 PAGES

au lieu de 60 € (26 € + 34 €)



**Guide du parfait
auditeur interne
+ Réinventer
ses processus**

53 € 472 PAGES

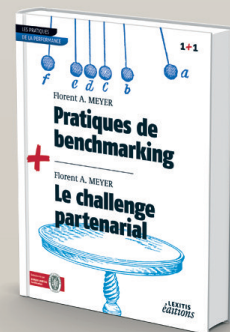
au lieu de 63 € (26 € + 37 €)



**L'ISO 9001 facile
+ L'ISO 14001 facile**

54 € 512 PAGES

au lieu de 64 € (30 € + 34 €)



**Le Challenge
partenarial
+ Pratiques
de Benchmarking**

52 € 572 PAGES

au lieu de 63 € (24 € + 39 €)

Sélectionné par
BUREAU VERITAS
Certification



LEXITIS
éditions

Commandez aussi sur
www.LexitisEditions.fr

VOTRE BON DE COMMANDE AU VERSO ►►►

NOUVEAU!

Collection 1+1

Deux ouvrages en un seul volume = économies + qualité !

**LA SÉLECTION
BUREAU VERITAS
CERTIFICATION**

Bon de commande

À retourner à : Lexitis Éditions, 76 rue Gay-Lussac 75005 Paris

Ou à renvoyer par fax au : 09 72 23 95 84 ou par e-mail à : commande@lexitis.fr

- Ci-joint mon règlement, à l'ordre de Lexitis, je recevrai une facture acquittée.
- Je réglerai à réception de facture.

Selon les quantités, les ouvrages commandés seront envoyés à réception de votre règlement.

Mes coordonnées

Raison sociale											
Nom											
Prénom											
Adresse											
Code postal						Téléphone					
Ville											
E-mail*											

*En indiquant votre e-mail, vous recevez la confirmation votre commande et pouvez accéder à votre facture électronique.

Ma commande

Ouvrages	Nb d'ex.	x	Prix unitaire TTC (dont TVA à 5%)	=	Sous-total
<input type="checkbox"/> Guide du parfait auditeur interne + L'ISO 9001 Facile		x	44 €	=	€
<input type="checkbox"/> Guide du parfait auditeur interne + L'ISO 14001 Facile		x	47 €	=	€
<input type="checkbox"/> Guide du parfait auditeur interne + Réinventer ses processus		x	53 €	=	€
<input type="checkbox"/> L'ISO 9001 Facile + L'ISO 14001 Facile		x	54 €	=	€
<input type="checkbox"/> Le Challenge partenarial + Pratiques de Benchmarking		x	52 €	=	€
Participation unique aux frais de port TTC (TVA 19,6%)					6 €
Net à payer					€

Date, signature, cachet

Offre valable pour la France métropolitaine uniquement selon les stocks disponibles. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données que vous nous avez transmises en nous écrivant.

Commandez aussi sur
www.LexitisEditions.fr

LEXITIS
éditions

Code : BVC042013



LES CAHIERS DE LA QUALITÉ 2013

L'Université de Technologie de Compiègne (UTC), premier grand établissement français à être à la fois une université et une école d'ingénieur, fête ses 40 ans d'existence en 2013. Dès sa création elle a développé des formations réputées pour la qualité des processus industriels et depuis le démarrage du système européen intégré d'enseignement supérieur (Licence, Master, Doctorat), elle offre un Master Qualité orienté vers l'ingénierie de Service.

Ces premiers Cahiers de la Qualité offrent au lecteur un accès rapide et opérationnel aux travaux réalisés sur de nouveaux concepts, méthodes et outils associés aux démarches qualité dans les organisations. Les thèmes abordés sont étroitement associés à toute démarche d'amélioration de la performance :

- Respecter un référentiel qualité
- Développer une culture d'auto-évaluation
- Maîtriser les risques
- Conduire une démarche aussi "naturelle" que possible

Les idées et outils qualité présentés dans ces Cahiers visent à développer les aptitudes à l'autonomie des organisations de service, source potentielle de l'intelligence compétitive qui associée à l'innovation continue dans les pratiques professionnelles peut conduire simultanément à la performance économique et au développement respectueux de l'Humain.

Chaque chapitre est accompagné de bonus téléchargeables gratuitement sur la page du livre du site des éditions Lexitis : www.LexitisEditions.fr

56 €

Prix TTC France

ISBN : 978-2-36233-097-1

Distribution : SODIS



Les droits d'auteurs de cet ouvrage sont intégralement versés à la Fondation UTC pour l'Innovation au bénéfice d'actions qualité dans le secteur des services
www.utc.fr

