

Management de la qualité, des risques et du développement durable

CERTIFICATION ISO 9001 : 2008 RETOURS D'EXPERIENCE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS ET DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Jacques ROOS

Responsable de la CERHUS

1, Place de l'Hôpital BP426
67091 Strasbourg

François XAINTRAY

Directeur adjoint du CIT-S

Rue du Bugnon 21
CH-1011 Lausanne

L'objectif de la conférence est de présenter et de faire un bilan de la mise en place d'une démarche de management de la qualité selon la norme ISO 9001 : 2008 de deux structures techniques :

- La Cellule de restructuration des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (CERHUS).
- La Direction des Constructions, Ingénierie, Technique et Sécurité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

LA CERTIFICATION ISO 9001 : 2008 DE LA CERHUS

1. La CERHUS

La Cellule de restructuration des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (CERHUS) est la structure en charge de la maîtrise d'ouvrage des opérations immobilières de l'établissement.

Intégrée au Pôle de gestion des investissements et de la logistique, elle est composée de six cadres techniques (5 ingénieurs et 1 architecte) et de 4 cadres administratifs spécialisés dans les marchés publics liés aux opérations de travaux. Elle a aussi accès aux services d'un pool de secrétariat et d'un bureau de dessin.

Elle a été créée en 2000 lors de la construction du Nouvel Hôpital Civil (300 millions d'euro TDC). Elle est actuellement en charge

d'une autre opération importante (230 millions d'euro TDC) ainsi que d'un portefeuille d'opérations dont les montants s'échelonnent entre 1 et 40 millions d'euro.

Elle gère ces opérations au travers d'une organisation qui fonctionne par équipes par projets.

2. Pourquoi s'orienter vers une certification ISO 9001 ?

La réflexion qui nous a amené à s'engager dans cette démarche reposait sur les constats suivants :

- La durée des opérations. Entre les premières études de faisabilité et la fin de la garantie de parfait achèvement, une opération, suivant sa taille et les circonstances qui l'entourent peut durer entre 4 et 15 ans.
- Les missions ont une composante transversale très importante avec de multiples partenaires internes et externes ainsi que la production et l'échange de nombreux documents.
- Compte tenu des délais, il faut pouvoir gérer des changements de personne chez tous les partenaires d'une opération (direction, utilisateurs, partenaires internes, partenaires externes) ainsi que dans l'équipe projet.
- Les enjeux fonctionnels et financiers engagent l'institution pour plusieurs décennies.
- Les risques de ne pas atteindre les objectifs (fonctionnalités, coût, délai) et les risques de contentieux sont importants.
- L'évolution incessante des pratiques médicales et de soins, des réglementations et des techniques de construction et des réglementations concernant les achats de prestations et de travaux nécessitent de s'appuyer sur une veille technique et réglementaire associée à une formation permanente des opérateurs.
- Le souhait d'améliorer l'efficacité de la structure en s'assurant du choix des meilleures pratiques.
 - La norme ISO 9001 : 2008 nous a séduit pour sa reconnaissance internationale et pour sa capacité à être une méthode ouverte à des activités très variées.
 - Elle assure en outre une mobilisation quasi permanente de l'équipe grâce à la récurrence des audits internes et des audits de certification.

3. Les grandes lignes de l'organisation mise en place

Le déroulement d'une opération a été décomposé en 5 processus :

- Le processus **Faisabilité** comprend l'ensemble des études préalables qui sont menées à partir de la saisine de la CERHUS par la direction de l'établissement sur la base de l'expression d'un besoin. Ce processus s'achève par la soumission à la direction de l'établissement d'un rapport de faisabilité qui précise le besoin pris en compte, la ou les solutions spatiales proposées compte tenu des contraintes réglementaires et techniques qui ont été précisées dans le cadre des études préalables, une estimation

financière prévisionnelle, un calendrier prévisionnel et la ou les procédures proposées.

- Le processus **Programmation** est engagé après la validation du rapport de faisabilité par la direction. Il comprend toutes les études de programmation destinées à préciser les besoins des futurs utilisateurs et des partenaires internes ainsi que des partenaires externes. Il est finalisé par la rédaction du programme technique détaillé (PTD) après validation par les partenaires des éléments qui les concernent. Il comprend toutes les informations financières, calendaires et techniques complémentaires qui doivent permettre d'engager la phase suivante à savoir la sélection de l'équipe de concepteurs dans le cadre d'une procédure loi MOP ou la sélection d'un groupement de constructeurs dans le cadre d'une procédure conception/réalisation.
- Le processus **Conception** est engagé après validation du programme technique détaillé (PTD) et comprend la mise en œuvre de l'ensemble des études permettant l'élaboration du Dossier de Consultation des Entreprises en vue de sélectionner les entreprises de travaux. Cette mission démarre par la sélection des prestataires intellectuels pour mener les études de conception. Elle inclut le suivi par la CERHUS du bon avancement des études et des différentes étapes de validation par les futurs utilisateurs et les partenaires internes et externes jusqu'à la production du Dossier de Consultation des Entreprises. Le processus se termine par la sélection des entreprises travaux et la notification des marchés associés.
- Le processus **Réalisation** est engagé à l'issue de la notification des marchés concluant le processus Conception. La CERHUS assure le suivi de l'exécution des différents marchés concourant à la réalisation de l'ouvrage. Cette mission concerne aussi bien les aspects techniques que calendaires ou bien encore administratifs et financiers. Ce processus de réalisation se termine par la décision de réception de l'ouvrage. Cette réception permet de :
 - vérifier que les exigences du client transcrites dans les marchés ont été prises en compte
 - vérifier que les écarts avec les marchés ont été identifiés
 - le cas échéant faire exécuter les travaux correctifs
- Le processus **Remise** couvre la période démarrant de la décision de réception jusqu'au terme de la garantie de parfait achèvement et sa conclusion est formalisée par la notification de fin de mission. Ce processus vise à finaliser l'accompagnement et la transmission aux partenaires concernés des éléments qui leur permettent la prise en charge et l'exploitation de l'ouvrage.
- Un processus partiellement parallèle a aussi été créé pour traiter les opérations en procédure de **conception/réalisation**.

Chacun de ces processus est accompagné d'une check list qui décrit les interfaces et interactions entre la CERHUS et ses partenaires internes et externes. Elle est renseignée avec la date et un éventuel commentaire concernant l'ensemble des actions qui ont été menées. Ce dispositif assure la traçabilité et l'exhaustivité des actions qui doivent être exécutées dans le cadre du processus.

Ces processus « métier » s'appuient sur deux processus transversaux fondamentaux :

- Un processus achat qui formalise les procédures d'achat de prestations et de services pour s'assurer de la qualité des achats et de la conformité réglementaire des procédures dans le but de sécuriser les actes et de diminuer les risques de contentieux.
- Un processus de maîtrise des documents et de l'information qui se décline au travers de plusieurs procédures :
 - Procédure maîtrise de la documentation externe
 - Procédure maîtrise des enregistrements et de la documentation interne
 - Procédure maîtrise du circuit des informations
 - Procédure maîtrise de la documentation qualité
 - Suivi de la veille réglementaire normative et technique

Enfin, comme pour toute démarche de gestion de la qualité, on trouve les 2 processus fondamentaux d'une approche centrée sur la satisfaction des partenaires et clients :

- Le processus de pilotage de la qualité au travers duquel sont arrêtés les objectifs de l'organisation et le contrôle de leur atteinte.
- Le processus de mesures, analyse et amélioration qui évalue le fonctionnement de l'organisation au travers d'indicateurs et d'enquêtes de satisfaction et permet ainsi de s'assurer de son bon fonctionnement et de son amélioration permanente.

4. Les bénéfices de la démarche

Pour la CERHUS, l'engagement dans une démarche de management de la qualité puis la certification ISO 9001 : 2008 ont été profitables sous de nombreux aspects :

- En replaçant la notion de satisfaction des clients et des partenaires au cœur des enjeux, elle invite les membres de l'équipe à s'interroger sur leur pratique et sur la hiérarchisation des objectifs pour se recentrer sur les éléments majeurs et stratégiques.
- Ce travail de mise à plat des pratiques ou « reengineering » a été mené en commun et il a entraîné des échanges soutenus entre les membres de l'équipe permettant ainsi une meilleure connaissance réciproque des méthodes et des pratiques de chacun. Compte tenu de cette large implication de tous, elle a permis d'arrêter ensemble les meilleures pratiques.
- La nécessité de mieux connaître les attentes de nos clients et de nos partenaires nous a amené à développer nos échanges avec eux dans un cadre formel mais aussi informel. Les enquêtes de satisfaction ont souvent reçu un très bon accueil et il en est résulté une amélioration très nette avec certains de nos partenaires qui ont appris eux aussi à mieux nous connaître et à mieux comprendre nos attentes envers eux.

- Un aspect particulièrement positif et enrichissant, bien qu'un peu stressant, est aussi le regard externe porté par les auditeurs sur nos pratiques. Il nous oblige là aussi à nous interroger sur leur pertinence et à les réévaluer le cas échéant.
- La mise en place de procédures métier accompagnées de check lists renseignées ainsi que la mise en place de procédures pour la gestion des multiples documents qui sont traités a largement amélioré la sécurisation de nos pratiques et autorise une meilleure interchangeabilité entre les membres de l'équipe dans le cas d'absences de certains membres.
- Elle est un outil fédérateur de management de l'équipe.
- Au travers de l'analyse des enquêtes de satisfaction et de l'évolution des indicateurs elle motive les membres de l'équipe dans une dynamique d'amélioration permanente.
- Elle valorise l'équipe auprès des partenaires externes et internes.
- Elle permet de bénéficier d'une reconnaissance internationale validée par la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé.

5. Bilan pour la CERHUS

- Le chemin entre l'engagement dans la démarche et la certification a pris 39 mois.
- L'investissement en temps a été largement compensé par les bénéfices avant même de parvenir à la certification.
- L'engagement des membres de l'équipe ne s'est pas démenti et une dynamique d'amélioration permanente du management de la qualité s'est installée.

LA CERTIFICATION ISO 9001 : 2008 ET 13485 DU CIT-S

1. Le CIT-S

La direction des Constructions, Ingénierie, Technique et Sécurité (CIT-S) est une unité transversale du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois assurant 3 missions principales à partir desquelles a été décliné le processus des prestations du service :

• Construire :

Assurer l'étude et la réalisation des projets architecturaux ainsi que la rénovation des installations techniques

• Maintenir :

Assurer la maintenance de tous les équipements techniques et biomédicaux, ainsi que les infrastructures du CHUV et de ses affiliés. Garantir la production et la distribution des fluides et des énergies

nécessaires à l'ensemble des activités médicales, recherche, techniques et administratives.

• Protéger :

Assurer la protection des biens et des personnes.

A ce titre, elle est composée de 207 collaborateurs répartis sur 3 secteurs :

- Constructions
- Ingénierie et technique
- Sécurité

2. La certification globale ISO 9001 du CIT-S

Dans un souci constant d'amélioration de ses pratiques, le CIT-S a entrepris cette démarche qualité globale il y a près de trois ans. Avant cela, seuls les ateliers sanitaire et de maintenance biomédicale bénéficiaient de cette certification, le premier se dotant également d'une double certification ISO 13485 pour la distribution des gaz et les marquages CE

Le CIT-S, né de la fusion du Service technique et de celui des Constructions en 2008, puis du rattachement du Service de la sécurité en 2010, a vu croître sa charge de travail et la diversité de ses missions avec la création de cette nouvelle entité. De nombreux corps de métiers très spécifiques et différents doivent depuis lors collaborer sous un management commun.

Les objectifs généraux fixés, socle du système de management qualité ont été les suivants :

- Harmoniser, formaliser et maîtriser l'organisation et le fonctionnement du CIT-S en se fondant sur des processus clefs prioritaires, transversaux et métiers.
- Optimiser la conduite du service en s'appuyant sur des tableaux de bord opérationnels et stratégiques.

3. La définition du périmètre et l'organisation

Le Système de Management par la Qualité (SMQ) s'applique à toutes les activités du CIT-S. Il couvre les 4 processus principaux selon la norme ISO 9001 : 2008 :

Le processus Management : Il décrit la politique générale et le système de management mis en place au CIT-S, définit l'organisation générale du service avec une structure en processus, en liaison avec les procédures et autres documents du système qualité. Par ses revues de direction, il définit et suit les objectifs annuels.

Dans ce processus, on retrouvera aussi le plan de communication.

Le processus Ressources : Ce processus est défini par trois procédures définissant les principes généraux de gestion des ressources humaines, les principes généraux de gestion des ressources financières et enfin la gestion documentaire.

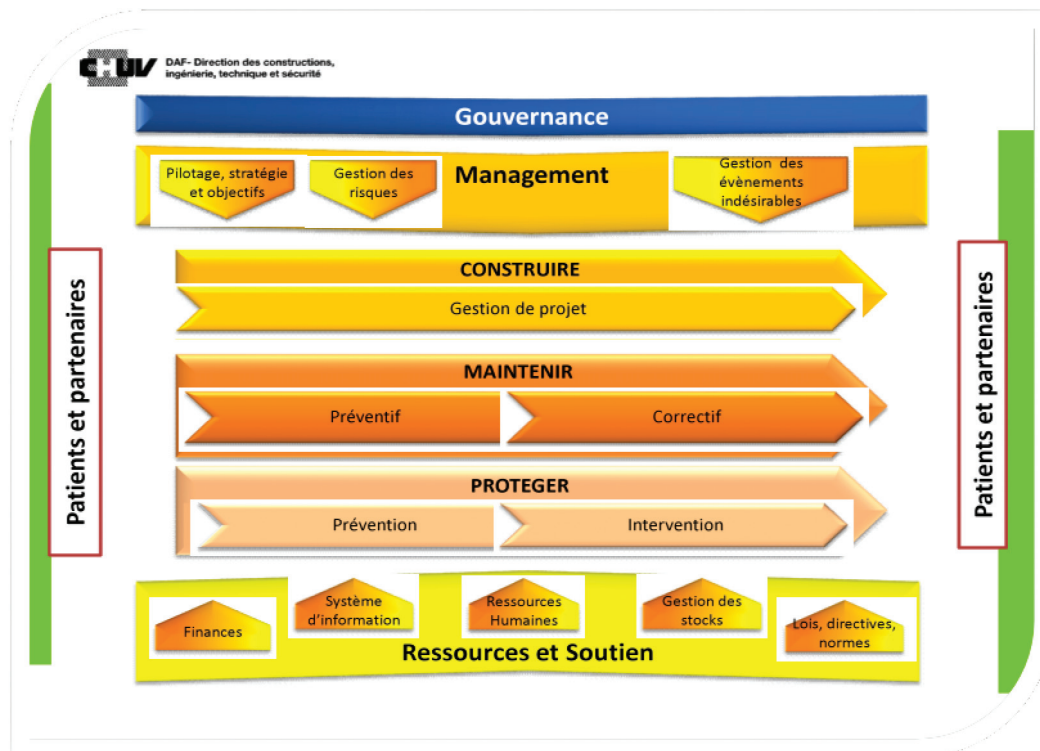


Figure 1 : Système Management Qualité du CIT-S

Le processus Prestations : Processus clé du SMQ, il définit les missions principales du CIT-S :

- Maintenir le patrimoine immobilier et les infrastructures techniques.
- Construire de nouvelles structures ou rénover l'existant.
- Assurer la protection des personnes et des biens.

Le processus Amélioration : Le système de management de la qualité du CIT-S est régulièrement évalué au travers des revues de direction, audits et enquêtes de satisfaction réalisées par métier (projets, maintenance, sécurité), mais gère aussi les événements indésirables par l'intermédiaire de la gestion des risques.

4. Le processus Prestations

De par sa diversité de métiers et de missions, le processus prestation a été scindé en *trois processus* regroupant de nombreuses pro-

cédures faisant chacune l'objet d'une « gate review » basée sur une check list marquant le passage d'une phase à une autre.

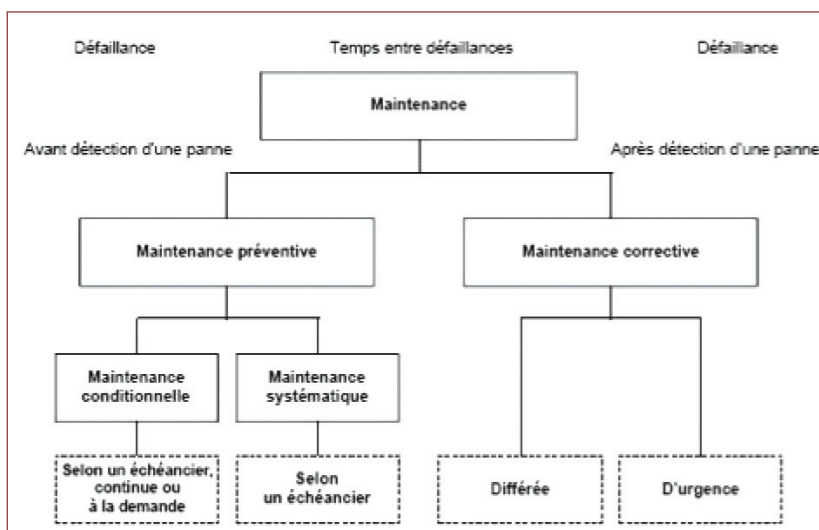
Processus Construire : Il décrit l'organisation générale et la coordination des projets traités au CIT-S, leur attribution, leur priorisation et leur déroulement. Il est à son tour découpé en 4 typologies de projet (entretien courant, technique, construction et stratégique) s'articulant autour de 7 procédures (Faisabilité, Avant-projet, Projet, Dossier d'exécution, Réalisation, Réception, Clôture) conformément aux normes SIA 102 & 108.

Processus Maintenance : Il décrit l'ensemble de toutes les actions durant le cycle de vie d'un équipement ou d'une installation, destinées à le maintenir ou à le rétablir dans un état dans lequel il peut accomplir la fonction requise, tout en prenant en compte la nécessité d'une traçabilité de ces actions. Les différents types de maintenance sont basés sur la norme européenne EN 13306 X 60-319 de juin 2001 et font chacune l'objet d'une procédure spécifique.

Processus Protéger : Il regroupe les 2 missions principales de l'unité de sécurité qui s'intègrent à la directive institutionnelle « Gestion des plaintes et des incidents » :

- La prévention : Rôle de prévention à la fois des personnes et du patrimoine basé sur des concepts organisationnels, architecturaux ou techniques et des plans de secours
- L'intervention : Rôle de contrôle afin de découvrir les défaillances techniques, vérifier l'état des installations, et rôle de gestion des délits et des incidents aux personnes, basé sur des concepts d'intervention des organes sécuritaires internes.

Figure 2 : Annexe A de la norme NF EN 13306 X 60-319 de juin 2001



Ces missions sont transversales et s'intègrent aux processus de gestion de projet et de gestion des risques et des incidents du service.

5. Bilan de la certification globale du CIT-S

Dans le cas où vous douteriez des avantages liés à la certification ISO 9001 : 2008, voici quelques unes des raisons, regroupées par "thème", pour vous lancer dans cette démarche et la globaliser à l'ensemble de votre département ou pôle :

Au niveau du client :

- Assurance de la mise en phase des objectifs du CIT-S vis-à-vis des services de soins, logistiques et administratifs, dans le but d'obtenir leur satisfaction.
- Garantie d'amélioration continue des prestations par le biais des enquêtes de satisfaction et des actions sur les non conformités (ANC)
- Reconnaissance de la certification ISO, de réputation internationale

Au niveau du CIT-S :

- Outil permettant l'identification des responsabilités de chacun ainsi que leur partage éventuel et non la dissolution.
- Critère d'identification des interfaces entre les départements du CHUV qui sont alternativement les clients et les fournisseurs les uns des autres.
- Argument de communication auprès de nos partenaires internes et externes visant à améliorer l'image de marque du service.
- Harmonisation des méthodes de travail entre les différents secteurs malgré les activités spécifiques de chacun.

Au niveau du management :

- Vecteur de communication ascendant et descendant pour la mise en place des décisions stratégiques de la direction et pour leur pilotage par le biais d'indicateurs dédiés.
- Cadre de référence pour structurer la circulation de l'information au sein du CIT-S.
- Outil de gestion des risques par l'anticipation des dysfonctionnements du système.

Au niveau des collaborateurs :

- Outil de mobilisation de l'ensemble des collaborateurs vers un objectif commun.
- Outil d'évolution des mentalités vers plus de rigueur et plus d'esprit d'analyse.

RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN DÉMARCHE EMAS

Daniel BRIAND

Directeur technique et sécurités

Institut st PIERRE

Hôpital pour Enfants du Languedoc Roussillon

371, avenue de l'évêché de Maguelone

34250 Palavas-les-Flots

*EMAS = Eco-Management & Audit Scheme
(« Système de Management Environnemental
et d'Audit »)*

Principe de la démarche EMAS :

EMAS, est une certification européenne pour une qualité optimale environnementale - Accéder à la certification EMAS, c'est formaliser une responsabilité et une exemplarité reconnues au niveau européen, destinées à limiter l'impact des activités de l'établissement sur l'environnement.

Un règlement européen établi en 2001, ouvert à tous les établissements, y compris dans le domaine de la santé.

Le règlement (CE) n° 761/2001 a été adopté par le Conseil Européen pour permettre l'engagement volontaire de tous organismes et de tous secteurs à s'engager dans une démarche volontaire d'amélioration continue de leurs performances environnementales.

En d'autres termes, la certification EMAS est un équivalent européen de la norme internationale ISO 14000 /1, peut être un peu plus perfectionné, car chaque organisation, entreprise ou commune d'Europe peut essayer de répondre à des critères de qualité plus élevés que l'ISO, en appliquant la démarche à son propre cas.

EMAS, une certification européenne originale qui fait désormais référence

La procédure EMAS

Les points essentiels de la démarche EMAS

- le respect obligatoire de la réglementation environnementale
- les objectifs d'amélioration fixés et vérifiables

- la vérification par une tierce partie liée à une autorité publique
- la rédaction d'une déclaration environnementale.
- Le règlement Eco-Audit, approche nouvelle au sein de l'Union Européenne, a été créé afin d'encourager les entreprises de tous les secteurs tertiaires et industriels et de toutes tailles à s'initier puis s'engager dans une démarche volontaire d'amélioration continue de toutes leurs performances environnementales.

La méthode générale permet d'évaluer l'impact exercé sur l'environnement sur le site et ses alentours, de définir des objectifs et de développer des moyens concrets pour réduire les aspects négatifs de cet impact...

Un passage obligatoire évident, la stricte conformité face aux réglementations en vigueur (sécurité, hygiène, environnement, accueil du public ERP), et une totale transparence dans la mise en œuvre des moyens pour réduire l'impact exercé sur l'environnement (organisation, gestion, résultats) vis-à-vis du public et du personnel.

Cette méthode se décline en 8 étapes :

1. la définition d'une politique environnementale
4. la réalisation d'une analyse environnementale. Les entreprises doivent établir un bilan complet des impacts occasionnés et des résultats obtenus dans un certain nombre de domaines tels que ceux de l'eau, de l'air, du bruit, des déchets, des consommations d'énergie, des nuisances internes et externes
3. l'élaboration d'un programme environnemental
4. la mise en place d'un système de management environnemental
5. la réalisation d'un audit environnemental
6. la rédaction de la déclaration environnementale
7. la vérification environnementale. Le vérificateur agréé examine la démarche et la déclaration environnementale pour s'assurer du respect du règlement et valide l'enregistrement du site.
8. la déclaration est adressée à l'organisme compétent pour l'enregistrement des sites, qui refuse ou donne son accord

EMAS intègre explicitement et entièrement les exigences de la norme ISO 14001.

Il s'en distingue tout de même par son principe de transparence obligatoire qui implique la déclaration environnementale de l'établissement.

La déclaration environnementale, étape majeure de la démarche

Une déclaration environnementale doit être produite par le demandeur du label décrivant :

La politique environnementale de l'entité
Les pistes de progrès environnementaux,
La description du SME. (Système Management environnemental)

La déclaration contient obligatoirement :

Une description des activités de l'entreprise (pour le site ou le type de sites concerné(s)),
Une évaluation claire des problèmes et enjeux environnementaux liés aux activités décrites,
Un résumé chiffré des émissions de polluants, de la production de déchets, de la consommation de matières premières, d'énergie, d'eau et, le cas échéant, une analyse d'autres aspects environnementaux importants,
Une liste d'autres facteurs et indicateurs caractérisant les résultats environnementaux,
Une présentation de la politique, du programme et du système de management environnemental,
La date prévue pour la présentation de la déclaration suivante
Le nom du vérificateur environnemental.

Pour cela, EMAS exige que l'on intègre les impacts et enjeux environnementaux ;

- Des achats,
 - Du travail fait par les sous-traitants et des fournisseurs
 - Des transports (en amont, en aval, en extérieur et sur site...)
 - Des produits ou services (= > écobilan)
- ... y compris au travers de leurs impacts directs ou indirects sur la biodiversité.

EMAS et les établissements de santé

L'exemple de l'Institut PAOLI CALMETTES, le centre régional de lutte contre le cancer Provence Alpes Cote d'Azur :

Une première dans le monde de la santé, l'institut Paoli CALMETTES de Marseille a donné le ton, en 2012 en étant un établissement de santé certifié EMAS.

Défendre l'environnement, préserver la vie, face à la maladie, la mission de l'Institut Paoli-Calmettes est claire et exigeante :

« Faire bénéficier de la meilleure qualité de vie le plus longtemps possible. »

Cette mission s'exprime naturellement et très directement, à tous les niveaux de la structure, dans les activités de soins prodigués aux patients. Mais la prise en compte de la santé et de l'environnement doit aussi trouver son prolongement dans la maîtrise des activités ou des processus qui ont un impact sur l'environnement interne ou externe de l'Hôpital.

L'impact du fonctionnement de l'hôpital n'est pas neutre sur son environnement :

Consommateur de matières premières, producteur de multiples déchets, utilisateur de marchandises dangereuses, l'Hôpital est générateur de risques environnementaux.

Soucieux à la fois de répondre aux nouvelles contraintes légales et aux attentes du public, l'Institut entend se mobiliser et œuvrer pour améliorer la qualité environnementale au sens le plus large.

Cet engagement doit se traduire par la prise en compte, dans les stratégies de développement, d'une nouvelle dimension environnementale, pleinement intégrée dans le système de management de la qualité.

Sans compter que l'engagement EMAS par bien des points rejoint les objectifs présents et à venir des obligations définies dans le référentiel de la HAS (Haute autorité de Santé)

La déclaration environnementale de l'Institut Paoli CALMETTES de Marseille, sert souvent d'exemple pour les établissements de santé qui s'engage dans la labellisation EMAS.

L'Institut Saint-Pierre, l'hôpital pour Enfants du Languedoc-Roussillon référent pour la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, est un établissement sanitaire participant au service public hospitalier. Cette institution est gouvernée depuis 1918 par l'OMEM, l'œuvre montpelliéraine des enfants à la mer, reconnue d'utilité publique en 1928. L'hôpital exerce des activités sous convention avec les CHU de Montpellier et de Nîmes. Plus de 250 professionnels y travaillent pour accueillir et prendre en charge les soins de 200 enfants : du nourrisson à l'âge pré adulte. Les services médicaux sont multiples : néo natalité, médecine pédiatrique, rééducation fonctionnelle, diabétologie, cardio pédiatrie, pneumo pédiatrie, pédopsychiatrie, ou encore audiophonologie orthophonie et unité diététique médicalisée. Depuis quelques années une unité de soins palliatifs accueille des enfants en fin de vie.

Le 4 avril 2013, l'institut st Pierre a signé la charte de l'entreprise Palavasienne éco citoyenne. Ce fût un engagement évident pour l'institut st Pierre car depuis 2011, l'hôpital des enfants s'est engagé dans une procédure de certification EMAS (Eco Management and Audit Scheme), que l'on peut traduire par la mise en place d'un système de management environnemental et d'audits.

Comme tout établissement sanitaire, l'Institut Saint-Pierre est soumis à des procédures de certification HAS, la dernière visite ayant été réalisée il y a un peu moins de deux années.

Cette troisième certification a intégré pour la première fois des critères de développement durable, tels que la gestion de l'eau, d'énergie, des déchets, des achats, des transports...

Contrairement aux idées reçues, les établissements sanitaires sont de gros pollueurs, que ce soit pour les consommations énergétiques, d'eau, des déchets produits, des émissions de gaz à effet de serre dues aux transports (transports personnels, patients, familles, fournisseurs), les achats...

Cette certification a été l'occasion d'inciter les établissements sanitaires à une réflexion sur le développement durable, par l'intégration

de critères visant à réduire les impacts environnementaux. L'engagement de l'Institut Saint-Pierre dans une démarche de développement durable date de 2008, et par une volonté de l'ensemble du personnel a donné d'excellents résultats qui sont allés bien au-delà de nos objectifs, mais a également généré une prise de conscience du personnel sur la nécessité de modifier nos comportements, sans nuire à la qualité des soins et la qualité de vie au travail. La démarche EMAS a complété cette volonté d'une formalisation du travail réalisé se traduisant par la reconnaissance d'une référence européenne. L'Institut Saint-Pierre, établissement pédiatrique de référence dans la région, se doit d'être exemplaire dans la maîtrise de son impact environnemental.

La qualité des soins ne doit pas être atteinte aux dépens de l'environnement. En somme, pouvoir à la fois soigner tout en polluant, c'est-à-dire créer potentiellement d'autres pathologies est parfaitement incompatible.

Quelques chiffres vous permettront d'avoir une idée sur le travail déjà accompli. En 2007, la consommation énergétique de l'Institut Saint Pierre représentait l'équivalent la consommation annuelle de 200 foyers de 3 personnes. Quant à la consommation d'eau, elle était équivalente à la consommation annuelle de 300 personnes. Les actions mises en place ont permis de réduire en 5 années, les consommations énergétiques de 30 %, soit l'équivalent de 60 foyers, et l'eau de 40 %, soit l'équivalent de la consommation annuelle de 120 personnes. La réduction des consommations énergétiques a de surcroît un impact sociétal non négligeable, puisque elle permet de réduire la dépendance énergétique pour le gaz.

Malgré une progression de l'activité, nous avons également fortement réduit le nombre des transports sanitaires, en incitant au transport groupé des enfants, représentant une baisse de la production de gaz à effet de serre estimé à 120 tonnes de CO₂ par an, mais également fait réaliser une économie annuelle de 200.000 Euro pour l'assurance maladie.

Sur un plan financier, le surcoût des investissements et des travaux a été en totalité auto financé par les économies déjà réalisées. En raison de la forte progression des coûts énergétiques, nous n'avons pas encore pu réduire le montant des factures, mais si nous étions restés sur des bases des consommations de 2007, le surcoût énergétique actuel serait approximativement de 80.000 Euro annuels en gaz et électricité, et de 20.000 Euro pour l'eau !

Si la poursuite des actions de réduction des consommations d'eau et d'énergie est une de nos préoccupations quotidiennes, un projet nous tient tout particulièrement à cœur, c'est l'installation d'une pompe à chaleur fonctionnant à l'eau de mer, et de panneaux solaires thermiques. Ces installations pourraient être mises en service d'ici 1 an environ. Les effets attendus sont multiples :

- Une réduction globale de plus de 30 % des consommations énergétiques
- Une réduction de la production de gaz à effet de serre de l'ordre de 400 tonnes par an.

- D'ici 5 ans, une réduction des coûts énergétiques de 60.000 Euro par an, et même d'avantage si le prix de l'énergie continue de progresser.

En somme, il est parfaitement possible de réduire son impact environnemental, sans nuire à la qualité des soins, et tout en réduisant les coûts d'exploitation.

Le mot du Directeur Dr JM MERY

Plus qu'une démarche qualité imposée, une expérience humaine qui a mobilisé l'ensemble du personnel, qui nous a ouvert les yeux sur une autre façon de gérer nos habitudes de professionnels de la santé.

Au fil des dossiers entrepris par les groupes de travail, des découvertes sur l'impact que produisent de mauvaises pratiques en a étonné plus d'un.

Chacun a pu à son niveau d'intervention, découvrir qu'agir en réfléchissant respect de l'environnement est une satisfaction individuelle qui devient très vite collective pour à la fois les patients et les collègues. Au final, c'est un engagement collectif qui a unit davantage le personnel, c'est un acte de respect pour les enfants malades et les familles accueillis. L'intérêt économique n'est pas négligeable en ces temps de crise, où l'avenir ne nous paraît pas toujours assuré. L'EMAS, à l'institut st Pierre, c'est une fierté de l'avoir adopté et mise en œuvre, et c'est une image gratifiante pour l'établissement de santé que nous défendons. Les travaux EMAS, nous ont aussi rapproché de nos fournisseurs, des collectivités et institutions lors des enquêtes menées, et une passerelle sympathique et dynamique avec les services de la commune de Palavas les flots (charte entreprise Palavasienne éco citoyenne)

N'oublions pas non plus, l'action qui se place au niveau de l'Europe, une dimension qui nous permet de rayonner au-delà de notre simple localité.

Coût de la démarche

Environ 15 000 Euro dont plus de 50% sont pris en charge par une subvention européenne.

Le référentiel

- Règlement n° 1221/2009 du 25/11/09 concernant la participation volontaire des organisations à un système communautaire de management environnemental et d'audit (EMAS), abrogeant le règlement (CE) n° 761/2001 et les décisions de la Commission 2001/681/CE et 2006/193/CE. Il est entré en vigueur le 11 Janvier 2010.

Liens utiles

- <http://eurlex.europa.eu>
- www.emas.com
- <http://www.cci.fr/web/developpement-durable/emas>

Bibliographie

L'AFNOR a publié un document de référence (la norme NF X 30-205) utile à toute organisation qui souhaite mettre en place un système de management environnemental dont sont la certification ISO 14000 ou la démarche Européenne EMAS. C'est un document pratique et pertinent, notamment pour les petites et moyennes structures.

Contacts Presse : Olivier Gibert

Tél : +33 1 41 62 85 55 presse@afnor.org

Désormais de par la démarche engagée pour le respect de l'environnement.

*Un lien collectif unit l'institut st Pierre et la commune de Palavas les flots
La Charte « l'entreprise Palavasienne éco citoyenne » www.palavaslesflots.com*

SECURITE A L'HOPITAL ORGANISATION ET MISSIONS D'INGENIERIE

Alexandre TOESCA

Coordonnateur général des sécurités

CHU de NICE

Direction de patrimoine hospitalier

4, avenue Reine Victoria

06003 NICE

Pour la majorité de la population et des professionnels hospitaliers, les services de sécurité sont composés d'agents en bleu et rouge qui effectuent des rondes, assurent la surveillance des installations de détection incendie, et qui ont leur base dans les postes de sécurité (PPS ou PCS).

Ces personnels sont rendus obligatoires par la réglementation de sécurité incendie (MS 46 et U 43) et sont composés d'agents qualifiés SSIAP 1 et de chefs d'équipe qualifiés SSIAP 2.

Leurs missions en matière de sécurité incendie sont décrites dans l'article MS 46 du règlement de sécurité.

Mais au fil du temps, à ces missions de sécurité incendie, se sont rajoutées des missions telles que le contrôle des accès des véhicules, la gestion des places de stationnement et de la circulation, l'assistance à personne suite à des actes d'agression verbale ou physique et la surveillance d'événements ou d'individus suspects à travers un système de vidéo surveillance. Ils ont aussi à intervenir sur des dysfonctionnements techniques ou pour maîtriser des situations de danger préalablement à l'arrivée des personnels techniques ou des pompiers (inondation, écoulement de produit toxique, chutes de matériaux ...). Ils assurent aussi la formation incendie (obligatoire) de tous les personnels.

Mais ce que l'on connaît moins se sont toutes les **missions d'ingénierie d'un service de sécurité** (voir encadré) qui sont assurées par des chefs de services de sécurité qualifiés SSIAP 3, des chargés de sûreté et d'autres collaborateurs coordonnés le plus souvent par un ingénieur responsable de ce service.

Missions d'ingénierie d'un service de sécurité

- *Élaborer les analyses de risques a priori pour les domaines techniques et logistiques et les faire prendre en compte par les services sur le terrain*

- *Réaliser des analyses de risques a posteriori afin de supprimer les causes*
- *Réaliser ou valider les notices de sécurité relative aux opérations de travaux*
- *Préparer les visites des commissions de sécurité*
- *S'assurer de la levée des réserves et des observations des commissions de sécurité*
- *Élaborer les schémas d'organisation incendie (SOI)*
- *Elaborer avec les prestataires externes les plans de prévention lors des interventions de travaux, de maintenance ou d'autres activités logistiques*
- *Réaliser la mission de coordination des systèmes de sécurité incendie (CSSI)*
- *Élaborer les contrats de maintenance des équipements de sécurité incendie et de sûreté*
- *Assurer la mission de direction unique dans les bâtiments utilisés par des exploitants différents*
- *Elaborer les fiches de sécurité au poste de travail pour les secteurs technique et logistique*
- *Elaborer ou faire élaborer des dossiers de déclaration, d'autorisation ou d'enregistrement et effectuer le suivi des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE)*
- *Définir les besoins d'équipement en matière de lutte contre la malveillance*
- *Participer au respect et à l'application de la réglementation d'accessibilité*
- *Veiller à la conformité des hélistations et répondre aux demandes de la DGAC*
- *Elaborer les processus, les procédures et les modules de formation*
- *Mettre en place l'organisation du service de sécurité en cas de plan blanc et plan NRBC*
- *Préparer les dossiers à présenter au CHSCT*
- *Assurer la conformité des hélistation en fonction de l'évolution de la réglementation de l'aviation civile*

Si la plupart de ces missions ont longtemps été englobées dans celles des services techniques, les plaçant dans un rôle de juge et partie, elles sont confiées aujourd'hui au service de sécurité dans lequel sont réunies les compétences les plus certaines.

Le service technique intervient alors comme un maître d'oeuvre ou une entreprise, le service de sécurité assurant le respect des réglementations et des obligations réglementaires à l'instar des organismes de contrôle.

Cette nouvelle répartition des responsabilités nécessite un temps d'adaptation pour tous. Toutefois cette séparation des fonctions garantit au chef d'établissement que les règles de sécurité sont encore mieux respectées.