



Prévention & Santé au Travail
en Franche-Comté



MANUEL QUALITÉ

Support utilisés	
Documents associés	
Commentaires associés	

Historique des versions			
Version	Date	Motifs	Pages concernées
V1	17/06/2019	Création du document	Toutes

	Rédaction	Validation	Approbation
Date	17/06/2019	02/07/2019	
Nom	BROUX Sarah	LE DEIST Pascal	BOURGEOIS Patrick
Fonction	Chargée d'amélioration continue	Directeur Général	Président du CA
Signature			

1. OBJET

Ce document a pour objet :

- De définir l'activité « Amélioration Continue » du Service
- De définir les méthodes et outils de la gestion de projet et de l'amélioration continue
- De répondre aux critères AMEXIST :
 - o Gestion de projets
 - o Mise en place de la démarche de progrès

2. INTRODUCTION

La direction du Service a décidé de s'engager dans la « Démarche de Progrès en Santé au Travail » (DPST) proposée par PRESANSE. Cet engagement dans la démarche résulte d'une réflexion stratégique de la gouvernance d'entreprise. Les enjeux de cet engagement sont les suivants :

- Anticiper les prochaines conditions d'agrément,
- Satisfaire à une meilleure articulation des acteurs,
- Harmoniser les pratiques et les actions et ainsi de permettre au service de s'améliorer en structurant son organisation,
- Permettre de répondre aux attentes et aux besoins des parties intéressées identifiées

Ainsi, le projet de service 2017-2021 prévoit la certification AMEXIST (niveau 2) d'OPSAT. Le renouvellement de la grille permet de dire que le niveau 2 est caractérisé désormais par le nouveau niveau Engagement.

L'identification des parties intéressées a été réalisée et a mis en évidence deux types de parties :

- Les bénéficiaires (figure 1)
- Les partenaires institutionnels (figure 2)

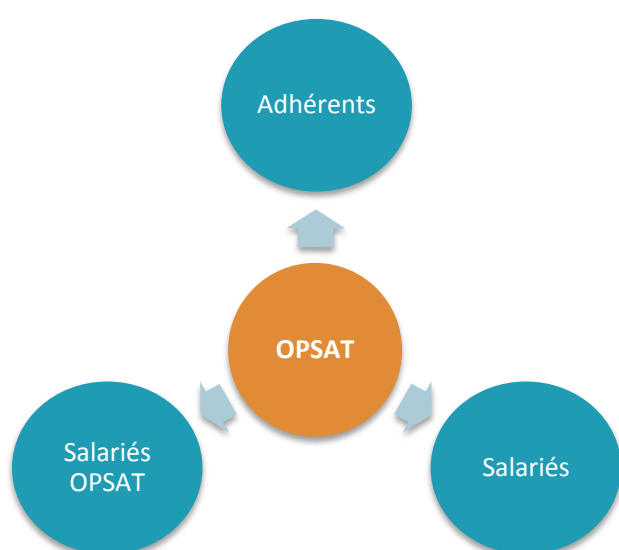


Figure 1 : Les bénéficiaires

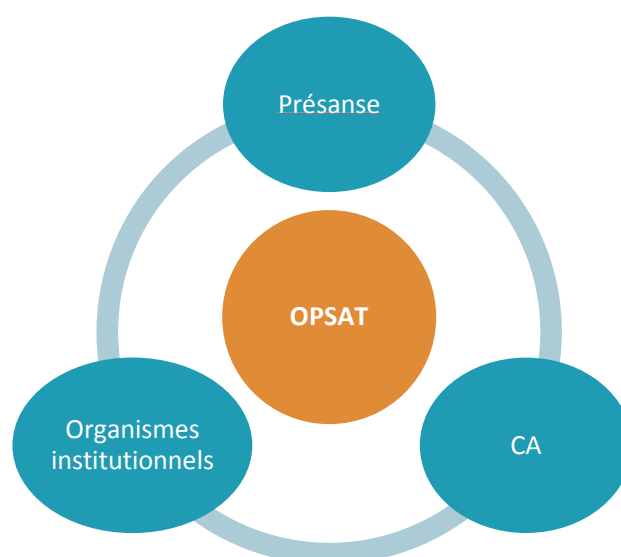


Figure 2 : Les partenaires institutionnels

3. LA GESTION DE PROJET DU SERVICE

OPSAT gère une partie de son activité en mode projet.

Pour identifier les activités gérées en mode projet au sein d'OPSAT, il convient de définir ce qu'est un projet. Le service a choisi la définition de la norme NF EN ISO 10006 : 2003 « *Processus unique, qui consiste en un ensemble*

d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources ».

Cette définition nous permet de caractériser que les activités suivantes sont gérées en mode projet :

- La création/le renouvellement du Projet de Service
- La dynamique d'amélioration continue
- La communication externe à travers des actions spécifiques (Journées Santé Travail)
- La création/le renouvellement du CPOM
- Les priorités d'actions (CMR, Maintien dans l'emploi, Prévention de la désinsertion professionnel, RPS/addictions)
- Toutes actions de prévention
- Le pilotage du Service au sens large

Le service a identifié ses collaborateurs concernés par la gestion de projet :

- Le Directeur Général
- Le Directeur Administratif et Financier
- L'assistante de direction
- Responsable Ingénierie de Projets
- Responsables de PPC
- IPRP
- Chargée d'amélioration continue

Pour garantir l'efficacité des collaborateurs concernés par la gestion de projet, le Service :

- A formé les collaborateurs concernés à la conduite de projet.
- A recruté des collaborateurs, sur des postes stratégiques, déjà formé à la conduite de projet du fait de leur formation universitaire.
- Envisage de former ses collaborateurs concernés qui ne l'ont pas déjà été soit dans le cadre d'une formation universitaire soit dans le cadre de la formation continue.
 - o NB : La conduite de projet est insérée dans les axes de formation déterminés par la commission formation pour 2020-2021

4. L'AMELIORATION CONTINUE AU SEIN D'OPSAT

Le service s'est engagé dans la démarche de progrès en santé au travail le 26/04/2018 lors de son conseil d'administration. Cet engagement est basé sur le déroulé suivant :

1/ Définir les parties intéressées en rapprochant nos différentes activités avec les publics bénéficiaires :

- o La première concerne les bénéficiaires de notre action
- o La seconde concerne les partenaires ressources qui nous donnent les moyens/outils de mettre en place ces actions.

De cette manière, la Direction hiérarchise l'importance de nos parties intéressées et cela permet de structurer l'analyse des besoins.

2/ Retranscrire les axes et orientations du Service en se mettant en lien avec le projet de service

3/ Formaliser l'implication de tous les salariés

Le conseil d'administration a validé une revue annuelle de la politique d'amélioration continue si cela est nécessaire.

4.1 La fonction amélioration continue interne

Le Service a mis en place une fonction amélioration continue au sein du Service par le poste de « Chargé d'amélioration continue ». Cette fonction apporte le support nécessaire à la direction pour mettre en place et dynamiser son système de management par la qualité.

Les 2 missions du chargé d'amélioration continue sont :

1. Déployer et animer la démarche de progrès en santé au travail :

Réaliser un diagnostic, identifier les pistes d'améliorations et proposer un plan d'actions à la direction.
Connaître et utiliser les outils du management par la qualité, les méthodes de résolutions de problèmes (8D, Kaizen, PDCA, 5P, Ishikawa, Pareto, QRQC...)
Mener des audits terrain, analyser et partager les bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration et de l'optimisation des processus
Participer au comité de pilotage Démarche de Progrès en Santé au Travail
Etre le relai qualité auprès des organismes extérieurs ou partenaires
Piloter la gestion des dysfonctionnements (Animer, coordonner, suivre les chantiers d'amélioration et de résolution de problèmes)
Former les équipes aux outils et méthodes
Cartographier la structure par processus
Coordonner les pilotes de processus
Animer la communication sur la démarche de progrès
Organiser la démarche de progrès pour obtenir une certification ou norme en vue d'un objectif lié au projet de service

2. Apporter le support à la Direction dans la prise de décision

Définir et suivre des indicateurs de performance et des tableaux de bord
Accompagner à la conduite du changement
Apporter des solutions quant aux dysfonctionnements pour supprimer les causes racines
Assurer l'interface sur les sujets traités en commun entre plusieurs services
Concevoir les outils nécessaires au développement de l'amélioration continue (module de formation, tableaux de bord, questionnaire d'analyse des besoins...)

4.2 Le Comité de Pilotage Démarche de Progrès en Santé au Travail (COPIL DPST)

Pour compléter cette fonction et permettre le déploiement des actions, la Direction a créé un COPIL (Comité de Pilotage). Ce COPIL Démarche de Progrès en Santé au Travail est pluridisciplinaire et composé de :

- 1 assistante médicale
- 1 médecin du travail coordonnateur
- 2 médecins du travail (dont 1 collaborateur)
- 1 infirmière en santé au travail
- 1 Intervenante en Prévention des Risques Professionnels
- 1 Assistante de pôle prévention conseil
- 1 administratif membre de la Direction
- Le Directeur Général
- La chargée d'amélioration continue

Ce COPIL a pour objectifs :

- Structurer l'organisation interne et ainsi améliorer la satisfaction des salariés d'OPSAT
- Obtenir la certification AMEXIST (Amélioration Continue en Service de Santé au Travail) qui traduira l'efficacité d'OPSAT auprès de ses adhérents et partenaires

Le COPIL traite les remontées effectuées depuis l'outil de gestion des dysfonctionnements et de proposition d'amélioration.

De ce COPIL découle la mise en place de groupes de travail qui permettent d'améliorer l'organisation du service. Ces groupes de travail ne sont pas systématiquement rattachés au COPIL DPST. Ils peuvent l'être aux axes du projet de service selon la thématique traitée. La décision de rattachement est traitée par la Direction.

4.3 Le plan d'action qualité

Il s'agit d'un plan d'actions qui découle d'un tableau de bord de suivi. Cet outil est géré par la chargée d'amélioration continue dans le cadre de sa mission.

L'objectif de ce plan d'actions est de suivre la vitalité des projets en place et du système au sens large. L'engagement dans la démarche permet au service de mettre en place des indicateurs qui figurent dans le tableau bord et alimentent selon la nécessité le plan d'actions qualité.

Les indicateurs de performances du Service sont :

- Activités des COPIL, groupes de travail :
 - o Durée pour arriver à l'objectif
 - o Présence des participants aux réunions
 - o Délai entre les réunions
- Activités du service adhérent :
 - o Délai de déclaration des adhérents
 - o Délai de réponse aux adhérents
 - o Respect des procédures
- Activités médicales (le rapport est effectué en comparaison avec les données de l'agrément) :
 - o Nombre de visites effectués
 - o Nombre d'équipes médicales
 - o Temps passé en milieu de travail (tiers-temps)
- Activités du Pôle Prévention Conseil :
 - o Nombre d'actions conduites
 - o Nombre d'adhérents concernés
 - o Répartition par taille d'entreprise
 - o Durée moyenne par type d'intervention
- Toutes activités confondues
 - o Taux de remontées de dysfonctionnements par processus
 - o Taux de participation aux enquêtes interne et externe
 - o Taux de participations aux actions de communication
 - o Taux de participation par corps de métier aux conférences et ateliers des réunions annuelles et mini colloque
 - o Taux de satisfaction des actions de communication

5. LES OUTILS ET METHODE DE LA CONDUITE DE PROJETS

5.1 La méthode HOSHIN KANRI

Pour valider la gestion en mode projet, il convient en première intention de connaître la méthode de management de projets. La méthode utilisée au sein du service est la méthode HOSHIN KANRI. Cette méthode est composée d'un sous processus, appelé Catch-Ball, qui a pour objectif de trouver un consensus dans l'atteinte de l'objectif et dans l'application du changement.

Le procédé « Catch-Ball » est défini tel que : Le niveau supérieur N fixe les objectifs à atteindre et le niveau N-1 propose des actions d'améliorations. Si ces actions sont cohérentes, le niveau N-1 peut décliner ses actions au niveau inférieur. Sinon le niveau N-1 doit modifier les solutions proposées ou en proposer de nouvelles à la direction.

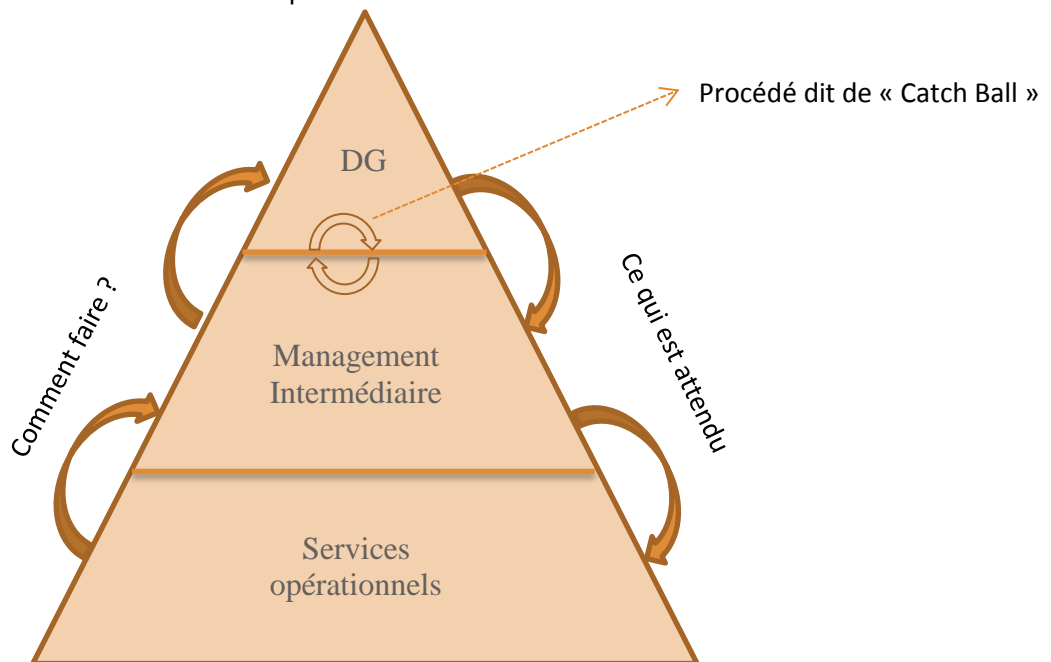
La méthode HOSHIN KANRI est reconnue pour :

- améliorer la clarté de l'organisation,
- améliorer la connaissance des objectifs à atteindre
- son style de management participatif.

La représentation graphique de cette méthode de management permet d'identifier les acteurs du management de projet :

- La direction générale qui indique la vision de l'entreprise (Niveau N)
- Le management intermédiaire (Niveau N-1) qui va déployer les actions consensuelles aux services opérationnels (Niveau N-2)

Concrètement la méthode HOSHIN KANRI est représentée chez OPSAT de la manière suivante :



Pour définir la faisabilité du projet, le service étudie différents critères :

- Lien entre le projet et la politique de santé au travail (Lien avec : le PRST, le CPOM, Projet de Service, diagnostic des besoins du bassin d'adhérents...)
- Ressources humaines internes disponibles et compétentes
- Délai de mise en place et date butée de l'objectif
- Ressources matériels disponibles
- Le bénéfice pour ses parties intéressées
- Le bénéfice pour son organisation interne

5.2 Le cycle PDCA

La démarche d'amélioration consiste en un processus qui se réitère à chaque objectif atteint du projet d'amélioration. Pour nous familiariser avec cette méthode, nous utilisons l'outil PDCA. C'est un outil déployé par William Deming dans les années 1950 (le PDCA s'appelle également la Roue de Deming). Le PDCA signifie :

PLAN : Planifier, organiser

DO : Réaliser, mettre en œuvre

CHECK : Mesurer, vérifier

ACT : Agir, capitaliser

Cet outil est utilisé à l'échelle mondiale et permet de mettre en place tout projet d'amélioration. La méthode PDCA est utilisée dans la norme ISO 9001 : 2015 (entre autres).

Pour mener à bien, ledit projet d'amélioration, il est nécessaire de travailler sur l'ACT 1 qui ne figure pas dans l'acronyme PDCA mais qui a bien toute sa place dans la démarche. Cet act 1 est découpé en 8 étapes primordiales qui sont les suivantes :

1. Définir la vision future
2. Définir ses effets, résultats à atteindre
3. Définir ses indicateurs de mesure
4. Analyser la réalité
5. Faire la différence entre le prescrit et le réel
6. Comprendre et rechercher les causes de cet écart
7. Rechercher des solutions et les évaluer pour trouver la meilleure
8. Choisir le projet d'amélioration correspondant à la vision imaginée

Ces 8 étapes interviennent nécessairement dans la définition du contexte de l'entreprise et de ses enjeux internes et externes. Pour ce faire, nous utiliserons des outils qui seront détaillés dans le chapitre suivant.

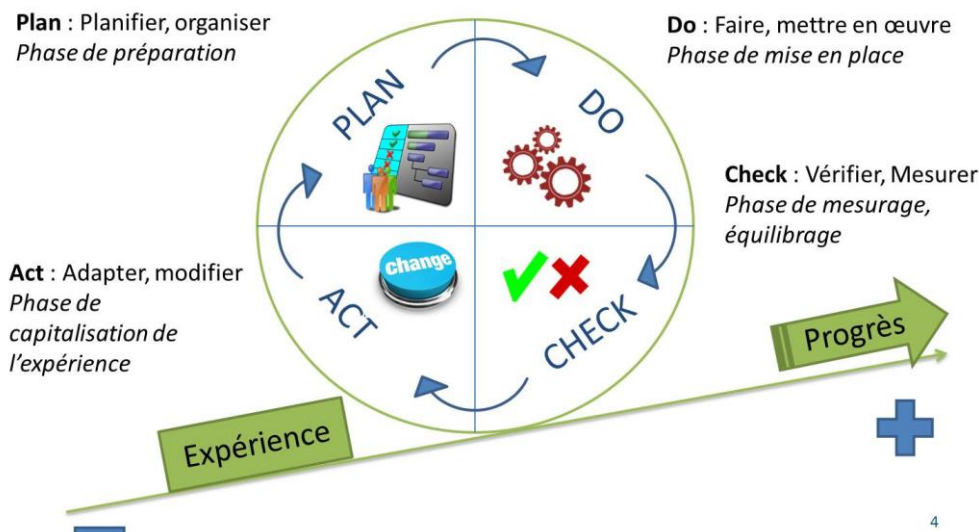
Une fois, l'Act 1 réalisé, nous pouvons passer à l'étape PLAN. Celle-ci consiste à planifier, organiser le projet d'amélioration. L'ordonnancement des tâches et l'organisation temporelle apparaissent à cette étape. Un diagramme de GANTT peut être utilisé pour visualiser le projet dans le temps.

Le DO consiste à réaliser ce qui a été planifié et décidé précédemment. C'est le « test réel » de l'étape 8 de l'act 1. A cette étape, on peut collecter les informations liées à l'hypothèse testée.

Le Check permet de vérifier l'hypothèse testée. Dans cette étape, on analyse les indicateurs de mesures qui nous orientent sur la santé du projet d'amélioration.

L'Act (ou Act 2) corrige ou ajuste l'hypothèse testée grâce aux résultats du Check. Grâce à l'expérience, on capitalise les données pour obtenir la vision imaginée du projet d'amélioration. Dans cette étape, on déploie le nouveau standard, en le présentant et en l'expliquant à tous les acteurs concernés et en mettant donc en place une conduite du changement.

La démarche d'amélioration s'appuyant sur un processus impérissable, celui-ci se répète inlassablement pour améliorer en continu son système.



5.3 Les outils utilisés dans la gestion de projet

OPSAT utilise plusieurs outils dans sa gestion de projet. Ces outils sont répartis en plusieurs catégories :

- Analyse de l'environnement
- Application opérationnelle
- Gestion de dysfonctionnement

Le service utilise plusieurs outils et leur utilisation est laissée au libre choix de l'acteur concerné.

Les outils qui permettent l'analyse de l'environnement sont :

- La matrice SWOT (ou analyse MOFF en Français) qui permet d'identifier les forces et faiblesses interne/externe de l'organisation
- L'anagramme PESTEL (politique, économique, social, technologique, écologique, législative) qui permet d'identifier le macro-environnement de l'organisation

Les outils qui permettent l'application opérationnelle (la planification, le détail des actions, le suivi et leurs clôtures) sont :

- La plateforme en ligne « Smartsheet » véritable tableau de bord combiné à un diagramme de Gantt, c'est devenu un pilier du management de projet interne. Chaque axe du projet de service possède ses données sur ce tableau de bord et où il est nécessaire de compléter les avancées pour permettre le suivi à la Direction.
- Le logiciel métier du service : « MEDTRA » qui permet de gérer les actions en milieu de travail des équipes opérationnelles.
- Le logigramme d'actions qui permet la modélisation graphique du système

Les outils qui permettent l'analyse de la gestion des dysfonctionnements sont :

- Le diagramme d'Ishikawa : Diagramme en forme d'arêtes de poisson qui reprend les 5 thématiques de causes qui commencent par un « M » (Milieu, Main d'œuvre, Méthode, Matériels, Matières) et qui arrivent à l'effet non désiré.
- Le diagramme de Pareto : Diagramme autrement dit loi des 80/20 qui indique que 80% des effets sont produits par 20% des causes.
- Les 5 Pourquoi : Questionnement qui permet de remonter à la cause racine, généralement à partir du 3^{ème} pourquoi, on commence à se rapprocher de la racine.
- L'AMDEC (Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité) qui est outil qui permet d'identifier les possibles défaillances des processus et donc de les maîtriser en mettant en place un plan d'actions préventif, curatif ou correctif.
- Le QQQQCCP : Questionnement simple et efficace composé de 7 questions : Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi ? qui permet d'analyser la cause du dysfonctionnement.

La méthode 8D (*en anglais on l'appelle 8 DO – en français les 8 FAIRE - d'où son nom 8D*) est généralement utilisée dans les cas de résolution de problème et fait appel aux outils cités plus haut. Cette méthode est constituée de 8 étapes :

1. Définir le groupe de travail en charge de la résolution
2. Décrire le problème ; (QQQCCP)
3. Définir les actions de correction immédiates ;
4. Déterminer les causes réelles du problème ; (5P, Ishikawa, Pareto)
5. Déterminer les actions correctives ;
6. Déployer et valider les actions correctives ;
7. Déterminer les actions préventives permettant d'éviter toute récurrence ;
8. Dire merci, féliciter et encourager le groupe de travail.

Pour mener à bien la démarche de résolution de problème, il convient de respecter les principes de « faits réels » et de « données factuelles ».