



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

**L'externalisation partielle de
l'entretien des locaux au centre
hospitalier de Montauban**

Thomas POULENC

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à tous ceux qui m'ont aidé, conseillé et guidé tout au long de ce projet d'externalisation.

Je voudrais d'abord remercier l'équipe de direction qui m'a accueilli en stage et tout spécialement ma maitre de stage, Mme Hélène Malterre, DRH et M. Sébastien Michalski, directeur de la DATL qui m'ont fait confiance pour mener à bien cette mission.

Mention spéciale aux membres de l'équipe projet « entretien des locaux » avec qui j'ai passé de longues heures et sans qui rien de tout cela n'aurait été possible : Mme Audrey Jourquin, ingénieure logistique, Mme Jannick Gauthier, cadre supérieur de santé et Mme Elodie Castebrunet, cadre de santé. Ce sont elles qui ont su m'orienter dans les arcanes de l'entretien des locaux en milieu hospitalier.

Enfin, je remercie tous les agents et les représentants du personnel qui ont su être constructifs dans la phase de préparation et de suivi du projet, et ce malgré la persistance de certains désaccords.

Sommaire

Introduction	1
1 L'entretien des locaux en milieu hospitalier	7
1.1 Concepts, machines, techniques.....	7
1.1.1 Concepts.....	7
1.1.2 Techniques	9
1.1.3 Equipements	11
1.2 Les types d'organisation.....	12
2 Le centre hospitalier de Montauban : le choix d'une externalisation partielle de l'entretien des locaux.....	19
2.1 Genèse d'un projet : les raisons de l'externalisation	19
2.1.1 Le constat : une organisation éclatée	19
2.1.2 Contexte national, contexte local.....	22
2.2 Une nécessaire réorganisation de la fonction entretien des locaux	24
2.2.1 Le projet.....	24
2.2.2 Le positionnement de l'élève-directeur	25
3 Le pilotage du projet d'externalisation partielle de l'entretien des locaux au centre hospitalier de Montauban	27
3.1 Présentation générale de la démarche	27
3.1.1 Description du projet retenu	27
3.1.2 Identification des principaux obstacles	28
3.1.3 Constitution de l'équipe et préfiguration du calendrier	29
3.2 Anatomie du projet d'externalisation.....	31
3.2.1 Volet Achats : la passation du marché	31
3.2.2 Volet ressources humaines : l'accompagnement des agents	33
3.2.3 Volet sécurité : l'identification des principaux risques	35
3.2.4 Volet communication : informer, susciter l'adhésion et co-construire.....	38
3.3 Le suivi et le contrôle de la prestation	39
Conclusion	41
Bibliographie	Error! Bookmark not defined.
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CAE : Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
CAF : Capacité d'Auto-Financement
CAP : Certificat d'Etudes Professionnelles
CCAP : Cahier des Clauses Administratives Particulières
CCLIN : Centre de Coordination des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCTP : Cahier des Clauses Techniques Particulières
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CHSCT : Comité de l'Hygiène, de la Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CPIAS : Centre d'Appui pour la prévention des Infections Associées aux Soins
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DATL : Direction des Achats, des Travaux et de la Logistique
DRH : Direction des Ressources Humaines
EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
HCL : Hospices Civils de Lyon
PEC : Parcours Emploi Compétence
PRE : Plan de Retour à l'Equilibre
RC : Règlement de la Consultation

Introduction

Chalon-sur-Saône, Strasbourg, Saint-Denis, Joseph Ducuing. Autant d'hôpitaux qui, non sans risques et non sans débats, ont fait le choix d'externaliser une partie de l'entretien de leurs locaux. Systématiquement, les termes du débat sont les mêmes. D'un côté, les équipes de direction font état de la situation budgétaire contrainte et réaffirment la nécessité pour les établissements de santé de se recentrer sur le cœur de métier, c'est-à-dire le soin. De l'autre, les organisations représentatives du personnel, et parfois les agents eux-mêmes, dénoncent ce qu'ils estiment être une privatisation du service public engendrant une dégradation de la qualité de l'hygiène et des conditions de travail des agents. Le dialogue sur ce type de projet est en général tendu et souffre d'un certain nombre de biais qui ne jouent pas en faveur de la sérénité des échanges.

D'abord, les chiffres permettant d'objectiver le débat sur l'externalisation du nettoyage à l'hôpital sont peu nombreux. En effet, le phénomène est relativement récent en France où les établissements de santé préfèrent traditionnellement assurer cette prestation en interne. Il est néanmoins possible d'identifier les grandes tendances. Ainsi, un article de *services-propretés*, magazine de référence dans le domaine, estimait en 2012 que l'externalisation progressait lentement en milieu hospitalier¹. Au regard des chiffres disponibles les plus récents, on pourrait même ajouter qu'elle stagne. En effet, si l'on considère la répartition du chiffre d'affaire des entreprises de propreté par segment d'activité entre 2012 et 2017, on observe que le secteur de la santé reste globalement stable, voire régresse - entre 5 et 7% selon les années². En-dehors de ces chiffres, peu de données existent et les acteurs du débat sur l'externalisation se réfèrent souvent à des cas ponctuels au gré de l'actualité.

Le deuxième biais porte sur les particularités du nettoyage en milieu hospitalier. Il ne s'agit pas seulement du nettoyage classique tel que l'on peut le retrouver dans les bureaux ou les immeubles. L'entretien des locaux en milieu hospitalier fait intervenir plusieurs notions (nettoyage, bionettoyage, zones de criticité, hygiène hospitalière, etc.) sur lesquelles les acteurs doivent s'entendre avant de prendre part au débat. De nombreux guides et documents explicatifs proposent des définitions pour ces termes. Ce mémoire reprendra celle posée par la norme de référence NF X 50-790 conçue par l'AFNOR. Schématiquement, on peut distinguer le nettoyage et le bionettoyage.

¹ Propreté à l'hôpital : l'externalisation progresse lentement, *Magazine Services*, n°220, Mars-Avril 2012, p. 34

² Fédération des Entreprises de la Propreté, Chiffres clés et actions prioritaires, Edition 2014 et 2018, pp. 12 et 13

Le nettoyage est une opération d'entretien et de maintenance des locaux dont l'objectif principal est d'assurer un aspect agréable (critère d'attractivité et de confort) et un niveau de propreté adéquat (critère d'hygiène). Il vise à éliminer les salissures particulières, biologiques, organiques ou liquides à l'échelle macroscopique³.

Le bionettoyage est un procédé qui englobe le nettoyage et se décompose en trois étapes. D'abord, le nettoyage classique, ensuite l'évacuation des salissures et des produits utilisés et enfin l'application d'un désinfectant⁴. C'est cette dernière étape qui fait la différence avec le nettoyage au sens classique du terme. L'objectif principal est de réduire la contamination biologique des surfaces. En ce sens, le bionettoyage fait partie intégrante du soin.

En réalité, la séparation entre les deux notions n'est pas hermétique. C'est la définition des zones de criticité et les conditions d'hygiène hospitalière qui vont déterminer le niveau de nettoyage à mettre en place. La plupart du temps, et par souci de simplicité, les notions de nettoyage et de bionettoyage sont d'ailleurs regroupées sous le vocable « d'entretien des locaux » de l'établissement. L'ensemble de ces éléments seront repris et détaillés dans la première partie du mémoire.

Le choix d'un tel sujet peut sembler étonnant pour un mémoire d'élève-directeur d'hôpital. En effet, c'est d'abord le soin et l'activité médicale qui constituent le cœur de métier d'un établissement de santé. L'entretien des locaux est souvent considéré comme une fonction support nécessaire mais secondaire, comme c'est le cas dans la plupart des entreprises classiques.

Cependant, l'hôpital est loin d'être une entreprise classique et si les approches récentes ne remettent pas en cause la centralité de l'acte de soin comme finalité de son action, elles s'interrogent davantage sur les marges d'amélioration de ces activités de soin par les fonctions supports. Ainsi, les systèmes d'information, les activités de restauration ou les modalités d'hébergement deviennent des leviers non négligeables permettant d'améliorer la qualité des soins et le bien-être des patients.

L'entretien des locaux participe également de ces vecteurs d'amélioration et présente des enjeux forts pour les établissements de santé d'aujourd'hui. Ces enjeux peuvent se décliner en trois grandes catégories.

³ GALY Elisabeth, VERDEIL Xavier, Recommandations de bonnes pratiques : Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux, CPIAS Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, Novembre 2017, p. 4

⁴ AFNOR, Norme NF X 50-790, Activités de service de nettoyage industriel - lexique de la propreté

D'abord, et c'est le plus évident même si le moins visible, des enjeux en termes d'hygiène et de risque infectieux. L'entretien des locaux, par la réduction des réservoirs environnementaux de micro-organismes, constitue l'un des piliers de la prévention du risque infectieux en milieu de soins⁵. C'est que qu'a reconnu la HAS pour la version 2014 de son guide de certification puisqu'elle reconnaît désormais le critère 7d « hygiène des locaux » comme faisant partie intégrante de la thématique « gestion du risque infectieux⁶ ». Concrètement, le bionettoyage, en combinant nettoyage classique et désinfection, concourt à la diminution du nombre d'organismes microbiens vecteurs d'infection présents au sein des locaux hospitaliers (staphylocoque doré ou légionelle par exemple). De nombreuses études mettent ainsi en évidence le rôle que jouent les surfaces et l'environnement dans la transmission de ces infections⁷ démontrant du même coup l'importance que revêt l'entretien des locaux dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Le deuxième enjeu répond au premier et constitue en quelque sorte la partie visible de l'hygiène hospitalière : il s'agit de l'attractivité des locaux. Les recommandations du CPIAS Occitanie 2017 font de la propreté visuelle un volet de l'hygiène à part entière et « élément fondamental de l'accueil des patients, des résidents et des visiteurs »⁸. Un rapide coup d'œil sur les réseaux sociaux est à cet égard révélateur : les principales critiques portent généralement sur les salissures, dégradations et déchets auxquels peuvent être confrontés les patients. La propreté des locaux, de l'environnement, des surfaces, représente souvent la première image de l'établissement auprès des patients : c'est la vitrine de l'hôpital. Cela participe également de leur confort et de la confiance qu'ils peuvent accorder à l'institution. Selon Xavier Verdeil, médecin hygiéniste au CHU de Toulouse, la propreté constitue l'exigence première au travail, indépendamment du secteur d'activité. Elle favoriserait également les performances au travail des différents personnels⁹. Cela peut paraître contre-intuitif, mais le nettoyage constituerait en conséquence un véritable axe de communication, tant externe, auprès des usagers, qu'interne, auprès des professionnels de santé.

Enfin, et c'est peut-être le plus important dans le contexte actuel, l'entretien des locaux présente de nombreux enjeux en termes de maîtrise des dépenses. Ici, un bref rappel s'impose. Selon les chiffres de FHF, le déficit des établissements publics de santé

⁵ GALY Elisabeth, VERDEIL Xavier, Recommandations de bonnes pratiques : Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux, CPIAS Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, Novembre 2017, p. 8

⁶ HAS, Manuel de certification des établissements de santé v2010 – édition Janvier 2014, Liste des thématiques

⁷ Par exemple : Dancer S.J., « The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection », 2008, *The Lancet Infectious Diseases*, 2008 ; Dancer S.J. « Controlling hospital-acquired infection: focus on the role of the environment and new technologies for decontamination », *Clinical Microbiology Reviews*, 2014

⁸ GALY Elisabeth, VERDEIL Xavier, Recommandations de bonnes pratiques : Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux, CPIAS Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, Novembre 2017, p. 7

⁹ VERDEIL Xavier, « Entretien des locaux : des principes à l'évolution des principes », Neuvième journée d'Automne de l'association des hygiénistes de Picardie (2013)

atteindrait 1,5 milliard d'euros fin 2017 (contre 470 millions d'euros en 2016)¹⁰. Or, pour rétablir la situation financière, les marges de manœuvre des hôpitaux demeurent restreintes : les recettes pâtissent d'une moindre activité et de la baisse des tarifs et les dépenses demeurent rigides à la baisse sur le court terme (notamment la masse salariale qui représente 2/3 des dépenses globales). Dès lors, la réorganisation, et parfois l'externalisation, des fonctions supports deviennent des leviers d'économies indispensables permettant notamment de retrouver rapidement de la crédibilité auprès des banques et des autorités de tutelle.

Un nombre croissant d'établissements choisissent dès lors d'engager des réflexions sur la restructuration des fonctions blanchisserie, restauration ou nettoyage. C'est la démarche dans laquelle s'est inscrit le centre hospitalier de Montauban, en lien avec l'ARS Occitanie.

A ce stade, une brève présentation du centre hospitalier de Montauban s'impose. Celui-ci est un établissement de taille moyenne d'un peu plus de 800 lits et employant environ 2000 personnes. En raison de sa taille et de sa position géographique, il s'est historiquement constitué pivot de la plupart des coopérations entre les établissements publics de santé du département. C'est donc tout naturellement qu'il est devenu établissement support du GHT du Tarn-et-Garonne, composé de quatre centres hospitaliers et un EHPAD. Il dispose d'un portefeuille d'activités assez large (activités médicales et chirurgicales, obstétricales et psychiatriques, ainsi que des prestations d'hébergement pour les personnes âgées) ce qui présente des avantages évidents (moindre effet de la baisse des tarifs, cumul des activités favorisant une logique parcours) mais également des inconvénients majeurs liés à l'organisation de ces activités sur les différents sites. En effet, le centre hospitalier est éclaté géographiquement entre un site principal ancien en centre-ville et de nombreuses structures extérieures notamment pour la psychiatrie et les personnes âgées.

Principale difficulté, l'établissement doit composer avec une situation financière largement contraignante depuis plusieurs années : son déficit s'élève à 5.8 millions d'euros en clôture 2017. Il existe en conséquence peu de marge pour les investissements (CAF et emprunt). C'est pourquoi le centre hospitalier s'est engagé auprès de l'ARS dans la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre pluriannuel qui devrait lui permettre, sinon de résorber le déficit, de retrouver des marges de crédibilité permettant de relancer l'investissement. Ce plan est articulé sur la base d'un certain nombre de fiches actions (réorganisations de services, lutte contre l'absentéisme, réorganisation de la fonction

¹⁰ VALLETOUX Frédéric, Communiqué de presse FHF du 18 décembre 2017

restauration, extension de la fonction blanchisserie sur le territoire, etc.). Le projet d'externalisation partielle de l'entretien des locaux fait partie de ses mesures inscrite au plan d'action du PRE.

Dernière caractéristique du centre hospitalier de Montauban : le climat social. Au regard de la situation financière, celui-ci est parfois difficile et ce depuis quelques années maintenant. Il s'est récemment durci sur les projets de réorganisations et d'externalisations induits par le PRE.

C'est dans ce contexte général que ce mémoire entend retracer la conduite du projet d'externalisation de l'entretien des locaux, projet qui s'est étendu sur près de six mois et dont la mise en œuvre s'étendra jusque mi-2019 au moins. Il rendra compte des différentes questions et problématiques qui ont émergées à l'intersection entre la logistique, les achats, les ressources humaines, les finances et le juridique.

Le sujet du mémoire n'ayant pas été défini à l'avance, aucune méthodologie préalable n'a été définie. Plutôt qu'une méthodologie propre, ce mémoire s'attachera donc davantage à rappeler la méthodologie qui a progressivement émergée tout au long de la mise en œuvre du projet d'externalisation. C'est en effet ce travail en continu et tout au long du stage qui permettra d'alimenter le document en entretiens, observations et bibliographies. Les propositions développées tout au long du mémoire sont en réalité celles qui ont été mûries au fil de la mission.

Par ailleurs, ce mémoire fait écho à celui de Mathilde Rouch portant sur l'organisation de l'entretien des locaux au sein du groupement hospitalier Est des Hospices Civils de Lyon (décembre 2009). Partant des mêmes constats, celle-ci s'interrogeait sur les avantages et inconvénients de chaque type d'organisation (externalisation ou équipe interne) de la fonction nettoyage au sein d'un établissement public de santé. En revanche, le mémoire n'avait pas vocation à trancher entre les deux et l'alternative initiale (externalisation-équipe interne) restait ouverte au moment de la conclusion.

Le présent mémoire s'inscrit déjà dans une deuxième phase puisque la question du type d'organisation a déjà été tranchée : l'équipe de direction s'est prononcée en faveur d'une externalisation, au moins partielle, de la fonction entretien des locaux. Les développements qui vont suivre ont davantage vocation à prolonger la question proposée par Mathilde Rouch à la fin de son mémoire, ou plutôt à proposer une étude de cas permettant d'apporter un éclairage nouveau sur le sujet.

Ainsi, l'externalisation étant actée, l'objectif de ce mémoire sera de traiter les problématiques suivantes : Quelles sont les conditions de réussite d'un projet d'externalisation d'entretien des locaux ? Quels sont les obstacles qui peuvent se dresser tout au long du projet ? Comment les surmonter et faire face à l'imprévu ? Comment faire vivre et évoluer le projet tout au long de son développement ?

Pour y répondre, le mémoire s'appuiera sur trois grandes parties. D'abord, un panorama rapide de l'entretien des locaux en milieu hospitalier : les notions fondamentales et les formes d'organisation (I). Ensuite, la deuxième partie fera un focus sur la genèse du projet d'externalisation et les attendus pour la mission confiée à l'élève-directeur (II). Enfin, les derniers développements détailleront le pilotage du projet d'externalisation tel qu'il a été mené entre janvier et juin 2018 (III).

1 L'entretien des locaux en milieu hospitalier

1.1 Concepts, machines, techniques

1.1.1 Concepts

Les entreprises de propreté distinguent le nettoyage classique d'entreprise et le nettoyage à l'hôpital qualifié de « nettoyage spécialisé ». Et en effet, comme esquissé en introduction, le nettoyage à l'hôpital fait intervenir de nombreuses notions qui ne jouent pas en faveur de la clarté des débats et rendent complexes l'appréhension des enjeux pour le néophyte. Le plus simple reste d'adopter une approche pyramidale dans laquelle les différentes notions s'imbriquent les unes avec les autres. Ainsi, la plupart des guides de recommandations des CPIAS préconisent de regrouper l'ensemble des notions liées à ce « nettoyage spécialisé » sous la terminologie « entretien des locaux ». L'entretien des locaux englobe le bionettoyage des espaces intérieurs mais également l'entretien des espaces extérieurs (voirie, espaces verts, parkings, signalisation), des vitreries et la gestion des déchets. Le nettoyage au sens classique du terme n'est qu'une étape du bionettoyage.

Le projet d'externalisation porté par le centre hospitalier de Montauban portant sur les espaces intérieurs, les espaces extérieurs ne seront pas abordés dans ce mémoire. La gestion des déchets est une prestation à part qui sera également exclue des développements qui vont suivre. Il faut dès lors partir de la norme NF X 50-790 qui définit le bionettoyage et décline ses principales étapes :

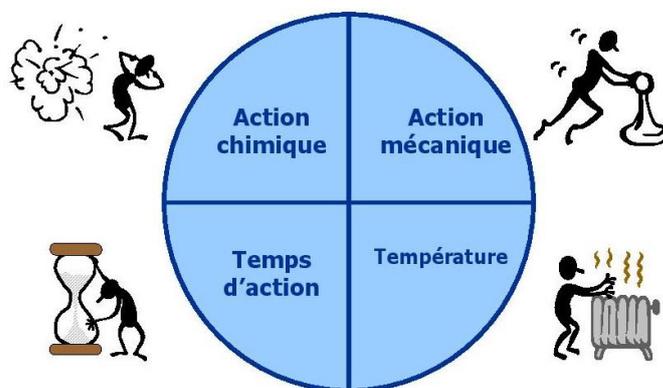
Le nettoyage : obtenir une propreté visuelle. C'est la première étape du bionettoyage et le niveau minimum de prestation pour l'ensemble des locaux. C'est ce qui se rapproche le plus du nettoyage d'entreprise. C'est l'ensemble des opérations permettant d'obtenir un niveau de propreté, d'aspect, de confort et d'hygiène adéquat sur un environnement donné (norme NF X 50-790). L'efficacité du nettoyage est dépendant de quatre principaux facteurs définis suivant le principe de Sinner¹¹ :

- L'action chimique : elle est produite par l'application d'un détergent sur les salissures/souillures. Les détergents sont des produits nettoyants qui, associés avec de l'eau, favorisent l'élimination des souillures au niveau macroscopique. En revanche, ils ne permettent pas élimination des micro-organismes au niveau

¹¹ OSINSKI Nathalie, « Bionettoyage en secteur hospitalier », Risque infectieux et environnement, 2014, p. 7

microscopique. Après l'utilisation d'un détergent, les surfaces sont visuellement propres mais pas désinfectées¹².

- Le temps d'action : il s'agit de la durée de contact entre le détergent et la salissure : les temps d'application et de séchage sont-ils respectés ?
- L'action mécanique : elle a pour objectif le décollement de la salissure : quel matériel d'entretien est mis à la disposition des personnels ? Quel est l'effet produit (pression, frottement, etc.) ?
- La température de l'air et de l'eau utilisée pour diluer les produits : ce facteur dépend de l'environnement à nettoyer. Par exemple, pour les sols, l'eau tiède est recommandée.



L'évacuation des salissures et des produits utilisés. C'est la phase de transition entre le nettoyage et le bionettoyage. Il s'agit la plupart du temps d'un rinçage classique mais néanmoins nécessaire entre l'application du détergent et du désinfectant (sauf utilisation de produits détergent-désinfectant).

La désinfection : obtenir une propreté microbiologique. C'est la forme la plus poussée d'entretien des locaux que l'on puisse obtenir et qui caractérise le bionettoyage. L'objectif est de réduire au minimum la quantité de micro-organismes vecteurs d'infection présents dans l'environnement de soin. Cet objectif est atteint par l'application d'un désinfectant, substance contenant au moins un principe actif antimicrobien et compatible avec le détergent utilisé lors du nettoyage¹³.

¹² CCLIN Sud-Ouest, Les produits utilisés pour la détergence, la désinfection et l'antisepsie, Guide pour la formation de nouveaux professionnels en établissement de soins, p. 67

¹³ OSINSKI Nathalie, « Bionettoyage en secteur hospitalier », Risque infectieux et environnement, 2014, p. 22

Ainsi, ce qui caractérise l'entretien des locaux en milieu hospitalier est cette combinaison nettoyage-désinfection permettant d'assurer la propreté visuelle et microbienne. Dans la pratique, ces différentes étapes correspondent plutôt à une gradation des tâches d'entretien en fonction du type de locaux à nettoyer. Les locaux sont par conséquent ventilés par zones de criticité qui vont déterminer les méthodes employées et la fréquence de l'entretien (Annexe 1). Celles-ci établissent un véritable nuancier graduant la progression entre deux pôles : le nettoyage classique et le bionettoyage. En effet, l'entretien doit prendre en compte la diversité des locaux, les activités pratiquées et le type de patient/résident qui composent l'environnement de soin¹⁴. C'est pourquoi les recommandations des différents CCLIN et CPIAS proposent une classification des zones à risque allant de 1 (risque faible) à 4 (risque très élevé). Le risque est calculé en fonction de la gravité et de la fréquence des dommages liés aux infections. A ces différentes zones criticité sont associées des recommandations sur la fréquence et les méthodes d'entretien qui doivent être appliquées.

Zones	Risques	Entretien requis
Zone 1	minimes	Nettoyage quotidien de type domestique
Zone 2	moyens	Bio-nettoyage quotidien alternance de produits détergents et détergents-désinfectants
Zone 3	sévères	Bio-nettoyage quotidien voire pluriquotidien alternance de produits détergents et détergents-désinfectants
Zone 4	Très hauts risques	Bio-nettoyage pluriquotidien alternance de produits détergents et détergents-désinfectants

15

En fin de compte, c'est bien le type de locaux qui constitue le critère décisif permettant de déterminer le type d'entretien à réaliser. Intuitivement, on comprend en effet que le nettoyage d'un bloc opératoire ne peut avoir les mêmes exigences que celui de bureaux administratifs classiques. Entre ces deux extrêmes, il existe toutefois des zones grises et des locaux comportant des zones de criticité différentes (ex : locaux de radiologie comportant des zones de criticité allant de 1 à 4). D'où la difficulté parfois à se mettre d'accord sur le type de nettoyage requis pour telle ou telle zone.

1.1.2 Techniques

L'objectif du mémoire n'est évidemment pas de produire un panorama détaillé de l'ensemble des techniques de nettoyage existantes. En revanche, il reste possible de faire

¹⁴ GALY Elisabeth, VERDEIL Xavier, Recommandations de bonnes pratiques : Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux, CPIAS Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, Novembre 2017, p. 13

¹⁵ VERDEIL Xavier, « Entretien des locaux : des principes à l'évolution des principes », Neuvième journée d'Automne de l'association des hygiénistes de Picardie (2013)

un compte rendu rapide mais exhaustif des différents procédés d'entretien des locaux qui sont disponibles et qu'il faut connaître pour traiter le sujet.

Afin de mettre en cohérence les nombreuses mesures d'entretien des locaux existantes, le professeur Xavier Verdeil, spécialiste de l'hygiène au CHU de Toulouse, propose une typologie qui reste relativement claire pour le néophyte¹⁶. Cette typologie est la suivante :

Les techniques de dépoussiérage. Il s'agit de l'essuyage et du balayage humide des surfaces avec le balai trapèze associé à une chiffonnette puis une gaze préimprégnée de détergent. L'objectif principal est d'éliminer les souillures visibles et la majorité de poussières en évitant de les remettre en suspension dans l'atmosphère (d'où l'importance de l'humidité). Le nettoyage humide s'effectue toujours du plus propre vers le plus sale, du haut vers le bas et du moins risqué au plus risqué (principe similaire à celui de la « marche en avant »). En termes de criticité, on reste ici dans la phase de nettoyage (sauf si utilisation d'un détergent-désinfectant).

Les techniques de lavage des sols. Toujours en phase de nettoyage, ces techniques permettent d'éliminer les salissures adhérentes sur les sols par l'association de l'action chimique et de l'action mécanique. La première est provoquée par l'utilisation d'un détergent, la seconde peut être manuelle ou mécanique. Le lavage à plat (avec bandeau) ou à l'aide d'un balai réservoir sont effectués par l'agent de manière manuelle. Plus moderne et moins épuisantes en termes de charge de travail, les techniques mécanisées font intervenir différents appareils (monobrosse, aspirateur à eau, autolaveuse) permettant de nettoyer les sols.

Les techniques de lavage des surfaces. Celles-ci sont en général nettoyées à la main par essuyage humide.

Les techniques de bionettoyage. Elles sont indiquées pour les zones à risque. Le bionettoyage intervient après le rinçage et passe systématiquement par l'utilisation d'un désinfectant (eau de javel par exemple). Les tâches de bionettoyage peuvent varier en fonction des situations particulières de chaque service (bionettoyage quotidien, à la sortie du patient ou entre deux interventions au bloc opératoire par exemple). Dans tous les cas, il repose sur la désinfection la plus complète de l'ensemble de l'environnement (sols, surfaces horizontales et verticales, mobiliers, équipements, murs, portes, grilles de

¹⁶ VERDEIL Xavier, « Entretien des locaux : des principes à l'évolution des principes », Neuvième journée d'Automne de l'association des hygiénistes de Picardie (2013), p. 18

soufflage et d'extraction, etc.). Celui-ci doit rester clos pendant le bionettoyage (porte fermée).

Les techniques classiques d'entretien des locaux ont été présentées mais d'autres techniques, plus innovantes, et selon certains plus efficaces, existent et sont déjà mises en œuvre dans certains établissements. C'est par exemple le cas du nettoyage à la vapeur. Celui-ci, en combinant une action mécanique particulière, la pression, et une action physique, la température, permet d'éliminer les souillures dans l'ensemble de l'environnement de soin (sols, surfaces horizontales et verticales). L'entretien est plus efficace et combine nettoyage et bionettoyage dans la mesure où les salissures mais également un grand nombre de micro-organismes et le biofilm bactérien sont supprimés.

Chacune de ces techniques font l'objet d'un déroulé de tâches très précis qui font la compétence des agents d'entretien (Annexe 2). Ce déroulé est défini par l'établissement dans les fiches de tâches, suivant les recommandations des CLIN et des CPIAS.

1.1.3 Equipements

Si les équipements de propreté font l'objet d'une grande variété, l'entretien des locaux en milieu hospitalier fait toutefois intervenir du matériel et des produits de manière assez récurrente et qu'il faut donc connaître afin de répondre au mieux aux attentes en termes de résultat et de confort de travail pour les agents. Afin de s'y retrouver, le CPIAS Occitanie/Nouvelle Aquitaine propose de distinguer le matériel des produits.

Le matériel classique d'entretien des locaux est constitué :

- Des lavettes et carrés d'essuyage : ici, la question principale porte en général sur le choix de lavettes à usage unique (plus efficaces mais plus coûteuses) ou réutilisables (peu efficace).
- Des différents types de balais : il s'agit principalement du balai trapèze pour le balayage humide et du balai à lavage à plat pour l'entretien des sols. D'autres types de balai existent comme le balai réservoir qui permet de stocker le détergent dans le manche (plus confortable mais plus coûteux). Certains balais, comme ceux à frange, ne sont jamais utilisés dans le milieu hospitalier car ils ne sont pas assez efficaces.
- Des bandeaux de lavage : aujourd'hui, la plupart des bandeaux sont en microfibres, matière qui présente de multiples avantages en termes d'efficacité

(capture de la poussière, absorption des liquides) et écologiques (notamment parce qu'elle dure très longtemps).

- Des chariots de ménage et d'entretien : l'ensemble du matériel précité est stocké dans un chariot d'entretien qui n'a rien à envier au chariot de soins en termes d'organisation. Schématiquement, les étages supérieurs sont réservés au matériel propre, l'étage inférieur au matériel souillé, les supports latéraux pour les balais et un support pour la poubelle. Un entretien approfondi du chariot est effectué chaque semaine¹⁷.

En-dehors méthodes spécifiques, les deux types de produits à connaître sont :

- Les détergents. Ils permettent l'élimination des souillures lors de la phase de nettoyage.
- Les désinfectants. Ils éliminent les micro-organismes lors de la phase de bionettoyage. Ils doivent être compatibles avec le détergent utilisé.
- Les détergents-désinfectants. Pour faciliter l'association détergent/désinfectant, de nombreux produits combinent aujourd'hui les deux effets.

Enfin, pour faciliter le travail des agents, certains hôpitaux choisissent d'automatiser une partie de l'entretien en mettant à disposition des monobrosses ou des autolaveuses qui limitent l'action manuelle nécessaire au nettoyage.

Ces différents équipements présentent des avantages différents en termes d'efficacité, de coût à l'achat et à l'entretien ou encore de performance écologique. Chaque établissement doit donc effectuer des arbitrages sur le matériel et les produits utilisés en fonction des techniques mises en œuvre et de ses objectifs propres.

1.2 Les types d'organisation

Si les concepts, les techniques et les équipements restent sensiblement les mêmes, les formes d'organisation, et les personnels impliqués, peuvent varier d'un établissement à l'autre. Le débat sur l'organisation de l'entretien des locaux connaît un regain d'intérêt depuis quelques années, principalement pour des raisons de maîtrise des dépenses des établissements. Dans son mémoire sur l'organisation de l'entretien des locaux aux HCL,

¹⁷ GALY Elisabeth, VERDEIL Xavier, Recommandations de bonnes pratiques : Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux, CPIAS Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, Novembre 2017, pp. 21 à 27

Mathilde Rouch identifie les deux formes d'organisation possibles pour ce type de prestation en milieu hospitalier : la régie et la concession¹⁸.

Traditionnellement, les prestations de nettoyage sont effectuées en interne par des agents de l'établissement : on dit alors que la prestation est assurée en régie. Cela s'explique par d'abord par l'histoire des services publics dont les hôpitaux font partie. Pendant longtemps, les établissements publics disposaient de leur propre personnel, souvent fonctionnaire, et ne faisaient pas appel à des sociétés extérieures. Mais la principale raison porte sur la nature spécifique du nettoyage à l'hôpital qui est une composante de l'hygiène hospitalière : les établissements préfèrent souvent conserver la maîtrise complète de la prestation afin d'en garantir le résultat, notamment en termes de lutte contre les infections.

Les différents types d'organisation en régie peuvent varier suivant les hôpitaux mais la trame générale reste sensiblement la même. La prestation est pilotée par un référent entretien des locaux (directeur, cadre supérieur ou ingénieur logistique par exemple) qui gère les différentes équipes d'entretien. Ces équipes sont en général centralisées mais certains agents, la plupart du temps des aides-soignants ou des ASH, peuvent être intégrés directement au sein des équipes de soins (ils dépendent alors du cadre du service concerné). Les agents chargés de l'entretien peuvent être des agents de nettoyage classiques ou des agents de bionettoyage qui ont en général le statut d'ASH.

L'agent d'entretien effectue les opérations de nettoyage au sein des locaux à faible risque de l'établissement : services administratifs, bureaux, parties communes, circulations horizontales (ex : bureaux) et verticales (ex : escaliers et ascenseurs), espaces de consultations, locaux techniques, halls, salles d'attentes, etc. Ils peuvent être titulaires ou contractuels et disposent la plupart du temps d'un CAP maintenance et hygiène des locaux. S'ils veulent participer aux tâches de bionettoyage, ils doivent en principe disposer d'une formation complémentaire spécifique.

L'agent de bionettoyage est une sorte d'agent d'entretien qualifié. Il réalise des opérations de bionettoyage des surfaces et des locaux de l'établissement (entretien et désinfection des surfaces et des sols). Il vérifie à l'aide d'auto-contrôle la qualité des travaux effectués en appliquant les instructions relatives au bionettoyage afin de participer à la lutte contre les infections nosocomiales. Dans certains établissements, il prend également en charge des activités hôtelières (distribution des repas, gestion du linge et des déchets, etc.). Il

¹⁸ ROUCH Mathilde, *Optimiser l'organisation de l'entretien des locaux – l'exemple du Groupement Hospitalier Est des Hospices Civils de Lyon*, Mémoire EHESP, décembre 2009, p. 9

doit disposer des connaissances requises en bionettoyage et hygiène des locaux (gestes, matériel, produits, nettoyage et désinfection, etc.)¹⁹.

Lorsqu'ils ne sont pas contractuels les agents d'entretien et de bionettoyage ont le statut d'ASH. Ce statut est fixé par le décret n°2007-1188 du 3 août 2007 dont l'article 4 dispose : « les agents des services hospitaliers qualifiés sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils [...] assurent, à ce titre, la désinfection des locaux, des vêtements et du matériel »²⁰. Ils doivent connaître les protocoles d'hygiène, les règles de sécurité, et les principales techniques de nettoyage et de désinfection. Les ASH sont recrutés sans condition de diplôme et sans concours. En revanche, ils doivent effectuer un stage d'un an pour être titularisé et d'éventuelles formations complémentaires pour le nettoyage spécialisé. En tant qu'agents publics, ils sont également soumis aux règles de discrétion professionnelle qui régissent l'environnement hospitalier.

Certaines tâches d'entretien sont assurées par les aides-soignants. La circulaire du 19 janvier 1996 relative aux missions des aides-soignants dispose en effet que les aides-soignants collaborent dans « l'hygiène de l'environnement de l'enfant ou de l'adulte hospitalisé pendant son séjour ou avant son départ (nettoyage, décontamination, désinfection de la chambre, du mobilier, du matériel) »²¹. La circulaire rappelle qu'à ce titre, ils sont membres du CLIN et participent à la lutte contre les infections. En pratique, ils assurent souvent le nettoyage de l'environnement direct du patient. Dans certains cas, ils peuvent même être chargés de l'ensemble des tâches d'entretien, notamment dans les petites structures déconcentrées telles que les CMP.

Le choix de la régie présente deux avantages principaux. D'abord, la prestation est maîtrisée de bout en bout ce qui allège l'intensité du contrôle. Les agents d'entretien et de bionettoyage sont immédiatement mobilisables et à la disposition de l'employeur, ce qui permet une certaine souplesse dans l'organisation de la fonction. Ensuite, lorsque les équipes sont internalisées elles sont en général plus stables et le turn-over est moindre. Les agents chargés de l'entretien des locaux peuvent alors progresser dans l'établissement et garantir une certaine constance dans la qualité de la prestation. Ils peuvent également s'intégrer dans les équipes des différents services et participer aux différents projets ce qui renforce l'implication au travail. Par effet de ricochet, les représentants du personnel sont en général favorables à ce type d'organisation, pourvu

¹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Code métier : 30F30

²⁰ Décret n° 2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière

²¹ Circulaire du DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers

que les charges de travail ne soient pas trop intenses et que les perspectives de progression restent ouvertes pour les agents.

L'internalisation présente cependant quelques inconvénients, particulièrement sensibles en période de réduction des déficits. En effet, la régie est souvent coûteuse en termes de ressources humaines. Une large part des agents ont le statut de fonctionnaire (ASH) ce qui laisse peu de marges pour la réduction, ou du moins la maîtrise des dépenses liées aux rémunérations (grille de rémunération, avancement, revalorisations statutaires, etc.). La gestion de l'absentéisme et la faible flexibilité du temps de travail tirent également le coût de la prestation à la hausse. Par ailleurs pour des prestations de nettoyage de bureau classiques, le choix d'un ASH, formé au nettoyage spécialisé mais dès lors plus élevé en termes de coût, n'est pas forcément pertinent.

C'est pourquoi, un certain nombre d'établissements en situation financière contrainte font le choix de l'externalisation, qui prend alors la forme d'une concession à une entreprise privée. L'objectif est alors de confier une partie de l'activité auparavant assurée par l'hôpital à une société privée qui pourra la prendre en charge en réduisant les coûts et/ou en garantissant un plus haut niveau de qualité. C'est un phénomène qui est indissociable de la montée en puissance des entreprises de propreté tant en nombre qu'en compétence. Selon les données de la FEP, la création des entreprises de propreté reste dynamique et le chiffre d'affaires de ces entreprises a augmenté de plus de 3 milliards d'euros sur 10 ans (10 milliards en 2007 contre 13,6 milliards en 2017)²². Le secteur de la santé ne représente qu'une petite part de ce chiffre d'affaires (4%). Cependant, les sociétés de propreté interviennent de manière plus régulière dans les hôpitaux et intègrent rapidement les procédures induites par le nettoyage spécialisé requis en établissement de santé. Cela leur permet de proposer leurs prestations pour des zones de criticité plus élevées correspondant à un risque moyen (services de soins classiques hors blocs opératoires, réanimation, soins intensifs, etc.).

Les sociétés de propreté emploient des agents de propreté sous contrat qui sont la plupart du temps compétents pour les tâches de nettoyage courantes. Ils peuvent toutefois être formés pour effectuer des tâches de bionettoyage. Ils sont en général titulaires d'un CAP Maintenance et hygiène des locaux. Ces agents sont employés de la société de propreté mais doivent respecter les règles en vigueur dans l'établissement dans lequel ils interviennent (ex : règlement intérieur, chartes de bonnes pratiques, règles du service, etc.). Ils relèvent en général d'un cadre de la société extérieur qui peut être saisi par le référent entretien de l'établissement en cas de problème.

²² Fédération des Entreprises de la Propreté, Chiffres clés et actions prioritaires, Edition 2018, pp. 9 et 10

Dans le contexte budgétaire actuel, l'externalisation offre de nombreux avantages. Elle serait d'abord moins coûteuse par rapport à l'organisation en régie. Si cet argument peut être discuté, il est certain qu'en termes de coût, elle est plus facilement prévisible et donc maîtrisable. L'hôpital règle un prix fixé dans le marché à la société prestataire indépendamment des évolutions de la masse salariale de cette dernière (embauches, avancement, absentéisme, reclassements, etc.). En contrepartie de ce prix, l'entreprise doit assurer un niveau minimum de prestation déterminé dans le cahier des charges.

Ensuite, l'externalisation semble être l'option idéale pour le nettoyage des zones de faible criticité (bureaux, circulations horizontales et verticales, salles communes, etc.) qui ne nécessitent pas forcément le niveau de qualification, et donc de coût, des ASH. Ces derniers pourraient alors se recentrer sur le bionettoyage et la lutte contre les infections.

L'externalisation présente toutefois quelques inconvénients. D'abord, et ce n'est pas négligeable, elle est en général mal acceptée par les agents et les représentants du personnel. Les agents des entreprises de propreté seraient beaucoup moins intégrés aux équipes et travailleraient dans des conditions plus difficiles ce qui se traduirait par un turnover plus important. En conséquence, leur implication dans les projets de l'hôpital serait moindre et le niveau de qualité s'en ressentirait.

Deuxième inconvénient, l'externalisation nécessite un contrôle plus poussé et complexe de la prestation puisque si la société réalise la prestation, l'hôpital doit maintenir une certaine surveillance sur les moyens employés et sur les résultats obtenus. Le référent nettoyage de l'établissement et le cadre de l'entreprise de nettoyage doivent alors s'entendre afin de déterminer les rôles de chacun.

Lorsque l'on essaye de déterminer les parts de l'externalisation et de l'internalisation au sein des établissements de santé français, on s'aperçoit qu'il existe peu de chiffres sur le sujet. De telles données seraient d'ailleurs difficiles à produire dans la mesure où un grand nombre d'établissements optent pour un régime mixte alliant régie et concession et qui est appliqué en fonction des zones de l'hôpital à nettoyer. En effet, les établissements de soins sont des lieux complexes et hétérogènes qui exigent une adaptation des fonctions supports en fonction des services. L'entretien d'un bloc opératoire ou d'un service de réanimation, zones très risquées, est sans commune mesure avec le simple nettoyage d'un bureau administratif ou d'un couloir. Les établissements peuvent alors choisir de combiner une équipe de bionettoyage interne qualifiée, formée et compétente pour les locaux à haut risque nécessitant un bionettoyage approfondi et le recours à des

sociétés extérieures pour les tâches de nettoyage plus classiques auxquelles celles-ci sont habituées. Cela permet de cumuler les avantages de chaque organisation et d'optimiser la fonction d'entretien des locaux tout en garantissant un seuil élevé de prestation pour les zones les plus à risques.

En dernière instance, et quel que soit le type d'organisation choisi, c'est l'établissement de santé qui est responsable de la qualité de la prestation. En cas d'externalisation, l'équipe de direction doit trouver des modalités de contrôle (suivi de la prestation, points réguliers, rappels à l'ordre, pénalités) suffisamment efficaces pour garantir des modalités satisfaisantes d'entretien des locaux.

Dès lors, le pilotage de la fonction entretien des locaux est souvent confié à un référent unique (directeur, cadre supérieur, ingénieur, hygiéniste, etc.) qui coordonne l'ensemble des acteurs pour assurer le plus haut niveau de prestation. Ce référent se réfère obligatoirement aux recommandations du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène pour la lutte contre les infections nosocomiales.

2 Le centre hospitalier de Montauban : le choix d'une externalisation partielle de l'entretien des locaux

2.1 Genèse d'un projet : les raisons de l'externalisation

Les principaux constats sur la fonction entretien des locaux du centre hospitalier de Montauban sont posés depuis au moins une dizaine d'années. Cependant, en raison des différents projets de l'établissement et surtout d'un climat social difficile, ces constats n'ont pendant longtemps fait l'objet d'aucune suite. Avec les difficultés financières de l'établissement et ses 5.8 millions d'euros de déficit, la réactivation de la réflexion sur l'organisation de l'entretien des locaux devenait inévitable.

L'objectif de cette partie sera de retranscrire ces différents constats et de montrer comment les contextes nationaux et locaux ont contraint l'établissement à réagir.

2.1.1 Le constat : une organisation éclatée

La fonction entretien des locaux du centre hospitalier de Montauban souffrait d'un paradoxe : si elle permettait d'assurer un bon niveau de prestation, tant du point de vue du nettoyage que du bionettoyage, elle connaissait néanmoins une organisation sous-optimale génératrice de nombreux inconvénients pour les gestionnaires. Ces inconvénients étaient d'autant plus sensibles que le centre hospitalier de Montauban étant étalé sur plusieurs sites (notamment en raison de son activité psychiatrique et pédopsychiatrique), il faut assurer les prestations d'entretien sur l'ensemble des locaux, dont certains sont parfois très éloignés (certains CMP se situent à plus de 30 kms).

Les fonctions de nettoyage au centre hospitalier sont historiquement exercées par une pluralité de services :

Le service de bionettoyage. Il est chargé de l'entretien des services de soins du bâtiment principal de l'établissement dit « BMC » (pour Blocs – Médecines - Chirurgies²³) mais également de certains autres bâtiments du site principal qui ne nécessitent pas forcément de bionettoyage. Les parties communes ne sont cependant pas toutes incluses dans le périmètre de ce service (halls, certaines salles d'attentes, etc.). Les agents de ce service effectuent ainsi le nettoyage et le bionettoyage des chambres, l'entretien des circulations verticales, horizontales, des locaux annexes, etc. En pratique, l'équipe de

²³ Mais qui héberge également les Urgences/UHCD, la réanimation, les soins intensifs, la maternité, une partie du SSR, la stérilisation, la pharmacie, le laboratoire, la radiologie et les consultations externes (c'est le bâtiment principal de l'établissement).

bionettoyage est considérée comme l'équipe centralisée d'entretien des locaux, ses agents peuvent dès lors être appelés par les services pour effectuer des tâches d'entretien ponctuelles (cela peut aller du café renversé au bionettoyage d'une salle de réanimation).

Cela peut varier, mais d'une année sur l'autre, l'équipe est constituée d'environ 43-45 agents (en postes théoriques) représentant une quarantaine d'ETP. Elle est composée pour un quart de CAE (environ 12 agents sur 43), le reste des agents ayant le statut d'ASH. La répartition de la charge de travail a été réalisée suivant une logique de pôles²⁴ :

- Le pôle santé/société – Pharmacie – Hygiène – HAD – Médecine du travail (3 ETP)
- Le pôle chirurgie viscérale et orthopédique (11 ETP)
- Le pôle médecines (11 ETP)
- Le pôle radio – consultations externes (3 ETP)
- Le pôle UHCD – urgences (5 ETP)
- Le pôle Réanimation – Blocs opératoires – USIN – Stérilisation (4 ETP)
- Le pôle MIR – SSR (4 ETP)

Les chiffres présentés ci-dessus sont ceux de janvier 2018 mais ils évoluent tous les mois en raison du manque de stabilité de la fonction. Cette organisation n'est pas vraiment pertinente car certains pôles sont composés de services nécessitant un bionettoyage approfondi alors qu'un nettoyage classique est suffisant pour d'autres. C'est par exemple le cas du pôle radio-consultations externes où les espaces de radiologie comporte des zones dont la criticité va de 2 à 4 (pour la radiologie interventionnelle) alors que les espaces de consultations externes sont constitués de zones 1 la plupart du temps. L'utilisation du service de bionettoyage, majoritairement composé d'ASH, pour la réalisation de tâches de nettoyage habituelles n'est pas forcément adaptée et engendre une hausse du coût de l'entretien de locaux à faible criticité.

L'encadrement de ce service est assuré par une cadre de bionettoyage et une des cadres supérieures de l'hôpital. En lien avec le référent entretien des locaux de l'établissement et le CLIN, ils doivent s'assurer de la qualité de la prestation, de la carrière des agents de l'équipe et répondre aux demandes de nettoyage ponctuelles qui émergent au quotidien.

Le service intérieur, qui porte mal son nom car il est également chargé de l'entretien extérieur (espaces verts, parkings, locaux techniques, etc.). Par opposition au service de

²⁴ Ces pôles ne correspondent pas aux pôles médicaux de l'hôpital

bionettoyage, il est chargé de l'entretien des locaux administratifs, majoritairement regroupés au sein du bâtiment principal de l'administration et d'une partie de l'IFSI (tout sauf le hall).

Le service intérieur est composé de 3 ASH et de 3 CAE. Il est encadré par l'ingénieure logistique qui est également la référente entretien de l'établissement.

Les agents, AS ou ASH, directement intégrés aux équipes de psychiatrie et pédopsychiatrie. Bien que le centre hospitalier de Montauban combine MCO et psychiatrie, cette dernière fait souvent l'objet d'un fonctionnement à part dans les organisations. L'entretien des locaux n'échappe pas à la règle. Celui-ci est d'autant plus complexe à organiser que psychiatrie et pédopsychiatrie comportent des services sur le site principal et une multitude de services éclatés maillant le territoire (principalement des CMP, mais aussi des CATTP, des appartements thérapeutiques, etc.).

Les agents chargés de l'entretien des locaux de psychiatrie et de pédopsychiatrie sont directement intégrés au sein des équipes. Ils sont encadrés par les cadres de ces services, en lien avec le référent entretien des locaux. Les différents services de psychiatrie totalisent 32 ETP, pour moitié ASH et pour moitié CAE. La pédopsychiatrie rassemble quant à elle 6,5 ETP ASH.

La société privée Elixor nettoie les parties communes principales du BMC (le bâtiment principal) et une partie de l'IFSI (hall). L'encadrement des équipes Elixor est assuré par un cadre employé par la société, en lien avec le référent nettoyage pour le contrôle de la prestation. Ce marché arrive à terme en décembre 2018.

Cette répartition n'est pas établie en fonction de la criticité des zones de nettoyage, de l'encadrement, ou d'une hiérarchie définie préalablement, elle est le fruit de l'histoire de l'hôpital et de ses particularités (éclatement géographique, psychiatrie, gestion d'un IFSI, évolution de la capacité financière, ressources humaines disponibles, etc.). Cette multiplication des interlocuteurs emporte cependant de nombreux inconvénients pour la fonction entretien des locaux.

En premier lieu, cette dispersion institutionnelle complique la tâche de la référente entretien des locaux de l'établissement. Cette dernière, qui est par ailleurs ingénieure logistique, n'a en effet pas la même maîtrise sur l'ensemble des interlocuteurs alors qu'elle doit garantir un niveau uniforme de prestation sur l'ensemble des sites et des locaux du centre hospitalier. Elle mobilisera beaucoup plus facilement le service intérieur,

dont elle est la cadre, que le service de bionettoyage où les ASH de psychiatrie et pédopsychiatrie qui dépendent d'un encadrement à part. En cas de surutilisation de l'équipe de bionettoyage, qui sert d'appoint pour les tâches ponctuelles, des conflits peuvent par exemple émerger entre les cadres et la référente.

Cet éclatement nuit également à la qualité de la prestation. La directrice de l'IFSI fait régulièrement remonter la faible qualité de la prestation réalisée par les agents de la société Elixor. Or la référente entretien des locaux dispose d'un levier moindre sur ces équipes dont l'encadrement est assuré par la société elle-même. Par ailleurs, tous les intervenants n'ont pas nécessairement la disponibilité pour effectuer les contrôles de tâches nécessaires à l'évaluation de la qualité de la prestation rendue dans ce domaine. C'est notamment le cas d'Elixor qui n'est soumis qu'à une obligation de moyens et non de résultats.

Enfin, pour les managers de l'établissement (équipes de direction, cadres), la fonction manque de lisibilité ce qui engendre un risque important de prestation disparate et non contrôlée. La coordination entre les acteurs n'a pas été organisée et les différents services fonctionnent en silos.

En résumé, le constat devient assez clair pour les différentes équipes de direction qui se succèdent : l'entretien des locaux de l'établissement est rendu complexe par l'hétérogénéité des services et la répartition géographique des bâtiments sur le territoire. L'organisation de la fonction relève dès lors de la gageure : il faut qu'elle soit à la fois simple et précise pour s'adapter aux différentes situations. L'organisation actuelle ne relève pas ce défi, principalement parce qu'elle s'est construite progressivement et en fonction des circonstances rencontrées par l'établissement. Une réflexion portant sur une réorganisation globale de la fonction devient par conséquent nécessaire.

Pourtant, l'établissement a mis du temps pour engager cette réflexion. Cela s'explique principalement par les difficultés liées au climat social qui ont pesées sur les décisions et les choix stratégiques de l'établissement. Les projets liés au soin, restructurations et nouvel hôpital, ont été priorités par rapport aux discussions sur la réorganisation des fonctions supports.

2.1.2 Contexte national, contexte local

Ce constat a cependant été réactivé par un double contexte imposant à l'établissement de proposer des pistes pour la refonte de la fonction.

Le contexte local : le PRE. Le centre hospitalier est en déficit depuis près d'une décennie. En 2017, ce déficit s'élève à 5.8 millions d'euros. Il s'explique par plusieurs facteurs, relativement classiques : baisse de l'activité, concurrence des établissements privés, inertie des dépenses de ressources humaines médicales et non médicales. Afin de résorber ce déficit, l'établissement s'est engagé dans un plan de retour à l'équilibre avec l'ARS Occitanie. Début 2018, l'équipe de direction a dû proposer une série de mesures d'économies rassemblées par thématique au sein de fiches actions. La DATL a alors chiffré que l'externalisation de la fonction entretien des locaux permettrait une économie potentielle de 350 000 € sur 3 ans répartie suit :

- 50 000 € en 2018
- 100 000 € en 2019
- 200 000 € en 2020

Le PRE a ainsi fourni une bonne occasion d'inscrire la réorganisation de l'entretien dans les projets de l'établissements.

Le contexte national : la fin du dispositif CAE. Que ce soit dans le service de bionettoyage (12 agents), le service intérieur (3 agents) ou en psy (15 agents), la fonction entretien de l'établissement était largement assise sur le dispositif CAE. En effet, cela permettait de réduire le coût de la prestation de nettoyage tout en offrant des perspectives de carrières pour les agents les plus méritants ayant intégrés le dispositif.

Or, fin 2017, le Gouvernement a annoncé la fin du dispositif CAE et, à terme, son remplacement par un nouveau dispositif PEC. Le centre hospitalier de Montauban s'est donc vu contraint de proposer des solutions rapides pour la composition des équipes d'entretien.

Le nouveau directeur achats, travaux, logistique de l'établissement a estimé que l'ensemble de ces éléments – mise en œuvre du PRE et fin du dispositif CAE – constituait une fenêtre d'opportunité idéale pour relancer le débat sur les modalités d'organisation de l'entretien des locaux sur l'ensemble des sites. Sur avis de la DATL et de la DRH, l'équipe de direction a fait le choix de l'externalisation partielle de l'entretien des locaux au centre hospitalier de Montauban.

2.2 Une nécessaire réorganisation de la fonction entretien des locaux

2.2.1 Le projet

Les grandes lignes du projet d'externalisation figurent dans la fiche action du PRE relative à la réorganisation de la fonction nettoyage. En substance, le projet retenu au départ propose de distinguer :

- **Le nettoyage des espaces à forte criticité** au cœur de l'activité d'hospitalisation qui resterait une compétence assurée en interne (blocs opératoires, chambres des patients hospitalisés au sein des services, etc.).
- **Le nettoyage de faible criticité** qui concernera les autres bâtiments et espaces, qui serait assuré par un prestataire extérieur (bâtiments administratifs, halls, bureaux, salles de réunion, couloirs des services de soins, structures externes de psychiatrie, etc.).

Cette distinction est fondée sur un principe de spécialisation : les agents de l'hôpital, majoritairement des ASH, conservent l'entretien des locaux à haute criticité et caractéristiques du milieu hospitalier. Ils ont la formation et une bonne connaissance des locaux et des équipes de l'établissement. En revanche, l'objectif de l'externalisation est de confier les prestations de nettoyage classiques à une entreprise de propreté, spécialisée dans ce domaine. En effet, en période de resserrement budgétaire, l'utilisation d'ASH pour le nettoyage de locaux de faible criticité n'était pas forcément pertinente.

Cette externalisation est partielle ce qui permet de concilier la gradation des prestations d'entretien en fonction de la criticité des locaux et le maintien d'un haut niveau de compétence garanti par le service de bionettoyage. L'équilibre recherché se situe ainsi entre pertinence financière et qualité de la prestation.

Ce projet d'externalisation est guidé par un certain nombre de grands principes qui engagent l'équipe de direction en termes de résultat :

- L'amélioration de la lisibilité de la fonction entretien des locaux : l'objectif est de réduire le nombre d'interlocuteurs pour le référent nettoyage.
- Le maintien de la qualité de la prestation : La réorganisation de la fonction ne doit en aucun cas aboutir à une dégradation du niveau actuel de prestation qui est globalement satisfaisant. En adaptant niveau de compétence à la criticité des

locaux, la direction estime qu'il existe des marges de manœuvre permettant de réunir qualité et pertinence.

- L'instauration d'une logique de résultat : celle-ci n'existe pas encore pour la fonction entretien de l'établissement (le marché Elixor n'est soumis qu'à une logique de moyens). Afin de garantir un haut niveau de qualité, le centre hospitalier entend mettre en place des modalités de contrôle renforcées.

2.2.2 Le positionnement de l'élève-directeur

Avec un lancement en février 2018, le projet d'externalisation partielle coïncidait avec la période du stage d'intégration. Le directeur achats, travaux, logistique en charge du projet a donc fait le choix d'inscrire le pilotage de ce projet dans le contrat d'objectifs de l'élève-directeur. Selon les termes du contrat, l'objectif initial était de définir le périmètre de l'externalisation. En pratique, le contenu de la mission s'est considérablement élargi au fil du stage plaçant l'élève-directeur en position de co-pilote du projet d'externalisation, de la définition du périmètre jusqu'aux premières réunions de contrôle de la prestation avec l'entreprise de propreté choisie.

En termes de moyens, l'élève-directeur avait accès à l'ensemble des équipes de la DATL, des ressources humaines ainsi qu'aux cadres de bionettoyage et au référent entretien des locaux. Chaque décision devait néanmoins être validée par le directeur de la DATL.

Sur le fond, l'entretien des locaux ne constitue pas le cœur de métier d'un directeur d'hôpital. Sur la forme, ce projet a néanmoins été riche d'enseignements pour la pratique d'un futur manager en milieu hospitalier, et ce pour plusieurs raisons.

Plus qu'un simple projet de nettoyage, l'externalisation est d'abord un projet transversal. Elle est à l'intersection entre plusieurs matières et requiert la mobilisation des équipes qui doivent se coordonner (ressources humaines, achats, logistique, communication, etc.). Cette transversalité requiert une certaine agilité dans la manière de travailler mais elle est source de polyvalence et constitue un atout indéniable pour la future prise de poste.

Ensuite, c'est un projet qui suppose une certaine aisance dans l'animation d'équipes. Il faut pouvoir organiser et animer les réunions, coordonner les agents, gérer les frictions qui peuvent parfois émerger. Cela suppose une capacité à planifier et coordonner le travail de chacun afin de respecter les différentes échéances. Pour ce faire, il faut pouvoir

développer son sens de l'écoute et rester attentif aux propositions des agents compétents qui disposent souvent des solutions aux différentes problématiques.

Par sa nature, c'est aussi un projet qui requiert de fortes capacités de négociation. L'objectif est en effet de faire converger agents, cadres et syndicats vers un même projet, ce qui relève parfois de la gageure. Cela suppose de l'écoute, parfois longue et répétitive, de la transparence et de la fermeté sur les principales étapes du projet.

Enfin, comme la plupart des dossiers auxquels sont confrontés les DH, il nécessite une certaine habilité pour faire face à l'imprévu. C'est peut-être la principale leçon de ces six mois passés à copiloter le projet : la planification est importante mais elle doit demeurer suffisamment souple pour intégrer les différentes adaptations requises par le projet. Le cas de la préparation à l'externalisation de l'entretien des locaux de la radio, présenté plus bas, en est un bon exemple. S'il faut fixer un cap, il est également nécessaire de se laisser une certaine liberté dans les moyens utilisés pour y parvenir.

Souplesse, planification, management, négociation, gestion des différentes temporalités : au total, ce simple projet d'externalisation s'est rapidement révélé être une boîte de Pandore mobilisant la plupart des qualités attendues d'un futur directeur d'hôpital. En tant que copilote sur ce type de projet, un élève-directeur est forcément plus exposé et peut commettre des erreurs. Néanmoins, avec le suivi par le directeur de la DATL et l'aide apportée par des équipes compétentes et engagées, il est plus facile de corriger ces erreurs et d'apprendre le métier de manager.

3 Le pilotage du projet d'externalisation partielle de l'entretien des locaux au centre hospitalier de Montauban

3.1 Présentation générale de la démarche

3.1.1 Description du projet retenu

Conformément aux recommandations du CPIAS vues précédemment, ce sont les zones de criticité qui ont constituées le critère déterminant pour identifier les espaces à externaliser. Schématiquement, la séparation retenue est la suivante :

- **Le nettoyage des espaces à forte criticité** (zones 3 et 4) au cœur de l'activité d'hospitalisation reste une compétence assurée en interne (blocs opératoires, réanimation, radiologie interventionnelle, mais aussi chambres des patients hospitalisés au sein des services, salle IRM, etc.).
- **Le nettoyage de faible criticité** (zones 1 et 2, voire 3) qui concerne les autres bâtiments et espaces, qui serait assuré par un prestataire extérieur (bâtiments administratifs, halls, bureaux, salles de réunion, couloirs des services de soins, structures externes de psychiatrie, etc.).

Sur la base de ce critère, l'équipe projet a proposé un processus d'externalisation en plusieurs tranches pour tenir compte de l'accompagnement RH (fin des CDD, des CAE et repositionnements). Globalement, les trois tranches retenues sont les suivantes (Annexe 3) :

1. Bâtiments du site principal hors BMC : 1^{er} Juillet 2018
2. Services, circulations et parties communes du BMC : 1^{er} Janvier 2019
3. Structures extérieures de psychiatrie et de pédopsychiatrie : Mi-2019

Pour ce qui est de la définition du périmètre de l'externalisation, au sein de chaque tranche, les locaux ont été repérés sur plan de façon précise en termes de surface et cotés par niveau (criticité) en termes de tâches à accomplir (Annexe 4). Cette démarche, qui croise criticité et tranche, a ensuite fait l'objet d'une validation par l'EOH.

Les développements qui suivent s'attachent principalement à la préparation et au déploiement de la première tranche dans la mesure où c'est celle qui a fait l'objet de la mission pendant le stage.

3.1.2 Identification des principaux obstacles

Le projet d'externalisation s'inscrit dans un contexte particulier, celui du centre hospitalier de Montauban, dont il doit tenir compte. En ce sens, il ne peut se construire ex nihilo et l'équipe projet a tenté d'identifier les principales contraintes liées à sa mise en œuvre.

La première contrainte est liée à la temporalité imposée par le PRE : avec les fiches actions, l'établissement s'est engagé à fournir des résultats en termes d'économies dès 2018. La fin du dispositif CAE imposait également à l'équipe de direction de trouver une solution pour réalimenter les équipes d'entretien. Le directeur de la DATL, en accord avec l'ARS, a ainsi fixé le début de la première tranche d'externalisation au 1^{er} juillet 2018. L'équipe projet disposait donc d'un délai de cinq mois pour boucler la préparation du projet, avec passage aux instances et passation du marché (par contraste, l'hôpital Joseph Ducuing s'est donné un an pour préparer l'externalisation de l'entretien de ses locaux). C'est pour cela qu'a été mise en place un comité de pilotage allégé s'appuyant sur un nombre limité de groupes de travail regroupant les personnes compétentes. En tant que chef de projet, le défi était de coordonner le travail de chaque groupe afin qu'il n'y ait pas de blocage pouvant ralentir l'ensemble du projet.

Le climat social fait également peser une menace sur le projet d'externalisation. En effet, depuis le début des années 2010, le dialogue social s'est considérablement dégradé avec notamment quelques épisodes d'envahissement des instances. Ainsi, en décembre 2017, un épisode d'envahissement du conseil de surveillance a eu lieu visant, entre autres, à dénoncer le projet d'externalisation de l'entretien des locaux²⁵. Dans l'optique de renouer le dialogue autour de ce projet, et en accord avec le directeur de l'établissement, l'équipe projet a décidé de jouer la carte de la transparence et de la communication auprès des différents représentants du personnel.

L'objectif de cette politique de communication est également d'entraîner l'adhésion et de faire davantage participer les agents aux projets de la direction. En effet, troisième contrainte, l'hôpital de Montauban s'inscrit dans une forte culture de résistance au changement (sur ce thème comme sur d'autres : vote électronique, GHT, chirurgie ambulatoire, etc.). Certains agents reprochent à la direction de ne pas les associer aux projets de l'établissement. En écoutant leurs inquiétudes, en recensant leurs contraintes et en intégrant leurs propositions, l'équipe projet externalisation a tenté de mettre en place une démarche bottom-up favorisant l'adhésion.

²⁵ CAHUE Philippe, « La salle du conseil de surveillance de l'hôpital de Montauban envahie par une centaine de grévistes », *La Dépêche*, 07/12/2017

Quatrième et dernière contrainte : l'hétérogénéité des services. Le centre hospitalier de Montauban dispose en effet d'un portefeuille d'activités très large (MCO, PSY, SSR, etc.) ce qui entraîne une multiplication des sites, des locaux et des encadrements. Avec un tel cadre, la tentative d'unification des interlocuteurs relève de la gageure. C'est pourquoi, l'équipe projet a décidé de distinguer les locaux par niveau de criticité et, en dernière instance, d'unifier l'ensemble des équipes sous le contrôle du référent entretien des locaux.

3.1.3 Constitution de l'équipe et préfiguration du calendrier

La préparation d'une externalisation fait intervenir de nombreux acteurs (agents, cadres, syndicats, EOH, etc.). Néanmoins, au regard des délais contraints pour mettre en œuvre la première tranche du projet, le directeur de la DATL souhaitait la mise en place d'une équipe restreinte pouvant prendre des décisions rapidement et se réunir à échéances régulières. C'est pourquoi l'équipe de pilotage du projet se limite à cinq personnes, tout en se laissant la possibilité d'inviter des participants sur des thématiques précises.

Fonction dans le projet	Acteurs du projet
Chef de projet : fixation des grands axes	Sébastien Michalski, directeur de la DATL
Co-chef de projet : animation et coordination des groupes de travail	Thomas Poulenc, EDH
Référente entretien ds locaux et Responsable logistique : expertise technique	Audrey Jourquin, ingénieure
Cadre supérieur de santé chargée du bionettoyage : accompagnement RH	Jannick Gautier, CSS
Cadre de santé chargée du Bionettoyage : expertise technique et accompagnement RH	Elodie Castebrunet, cadre

Cette équipe projet s'est réunie afin de définir de façon précise :

- les locaux à entretenir
- les tâches à effectuer
- les modalités de contrôle

Elle permettait également de piloter et coordonner l'ensemble des groupes de travail préparant l'externalisation : rédaction des pièces du marché, accompagnement RH, analyse des risques, communication, etc. Plus qu'un comité de pilotage, ses membres étaient directement intégrés dans les groupes de travail afin de travailler plus rapidement.

Le déploiement du projet a été effectué à partir d'un calendrier préalable (retroplanning) qui est cependant resté assez souple pour permettre des évolutions :

Informations aux instances : C'est un des points clefs du retroplanning, notamment pour entretenir le dialogue avec les représentants du personnel et limiter les risques de grève ou de contentieux. Des points d'étape ont régulièrement été inscrits aux ordres du jour des instances entre novembre 2017 et avril 2018 (2 CTE et 2 CHSCT). Un CHSCT en date du 23 mai 2018 a permis de présenter la première tranche du projet pour avis, soit largement en amont de la passation du contrat.

Février 2018 : Constitution de l'équipe projet et des groupes de travail

Janvier-Avril 2018 : différentes réunions animées et coordonnées par l'élève-directeur ont regroupées la référente entretien des locaux et les cadres du bionettoyage, avec comme thèmes :

- Les hypothèses concernant le périmètre d'externalisation sur le site principal de l'hôpital
- Les hypothèses concernant le périmètre d'externalisation sur les secteurs de psychiatrie et PIJ en lien avec les cadres supérieurs de santé les cadres de santé des CMP (analyse des possibilités et points de vigilance)
- L'élaboration et lancement du cahier des charges de l'appel d'offres

Mars 2018 : rencontre de l'EOH

Mars-Juin 2018 : réunions avec la DRH et les cadres du bionettoyage puis avec les agents et concernés et les représentants du personnel pour définir les modalités d'accompagnement RH

13 Avril 2018 : Réunion de présentation du projet à l'équipe du bionettoyage (membre du CHSCT invités) : présentation du projet et questions-réponses

Avril-Mai 2018 : Groupes de travail «analyse des risques et points de vigilance» animés par l'élève-directeur réunissant l'équipe projet avec les cadres de santé des unités concernées (Santé-Société, Consultations Externes, Urgences-Régulation, Radiologie, Médecine du travail).

30 Avril 2018 : Réunion avec les agents de la radio pour traiter les points de vigilance particuliers liés à l'entretien des locaux de radiologie

Fin Avril 2018: Publication du marché

4 Mai 2018 : Réunion des cadres bionettoyage avec l'équipe bionettoyage le 4 mai : questions-réponses

Juin 2018 : Attribution du marché

1^{er} Juillet 2018: Début des prestations extérieures de la première tranche

3.2 Anatomie du projet d'externalisation

Par souci de clarté, cette partie a vocation à décliner les principaux volets du projet d'externalisation. En pratique et comme l'indique le retroplanning présenté ci-dessus, ces différents volets ont été menés de front, entre février et juin 2018.

3.2.1 Volet Achats : la passation du marché

L'établissement a eu recours à un appel d'offre ouvert, procédure de passation régie par les articles 25-1.1^o et 67 à 68 du décret de 2016 relatif aux marchés publics²⁶. Comme indiqué précédemment, le marché a été décomposé en tranches : la tranche ferme au 1^{er} juillet 2018 et deux tranches conditionnelles. En termes de durée, le marché est conclu pour un an reconductible trois ans (ce qui laisse la possibilité d'une réinternalisation en cas de problème sur la prestation). L'enjeu principal de ce marché est de garantir la maîtrise et la qualité de la prestation, ce qui a entraîné un certain renouveau en termes de préparation de certains éléments de celui-ci.

A partir de février-mars, l'équipe projet, en s'appuyant sur la cellule marché, a commencé à préparer les principales pièces du marché nécessaires pour la consultation : CCAP, CCTP et RC. La construction du CCAP et du RC n'a pas fait l'objet de difficulté particulière, puisqu'elle a simplement repris les formes canoniques des autres consultations lancées par l'établissement. A contrario, l'élaboration du CCTP a été beaucoup plus complexe car l'équipe projet souhaitait renforcer le contrôle de la prestation, notamment au regard du précédent marché Elixir qui ne donnait pas satisfaction à l'IFSI. Ce dernier ne comprenait qu'une obligation de moyens : l'entreprise s'engage à mettre à disposition les moyens jugés nécessaires pour réaliser la prestation (moyens humains, équipement), mais n'est pas tenue par un objectif quantifié. Le nouveau marché a fait le choix de cumuler obligation de moyens et de résultat. Le prestataire doit alors s'engager sur des résultats quantifiés et apporter la preuve de

²⁶ Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016

l'atteinte de ces résultats. En effet, lors des négociations, c'est un élément auquel les cadres et les représentants du personnel étaient très attachés afin que l'externalisation ne soit pas source d'une dégradation de la prestation. Cette obligation de résultat est déclinée par zones de criticité avec la fixation de seuils d'acceptabilité : plus la criticité est élevée et plus ces seuils sont élevés (80% pour une zone 1 contre 95% pour une zone 3). L'obligation de résultat suppose également des modalités de contrôle renforcées et l'équipe projet s'est attachée à les revoir dans un sens plus contraignant avec l'intégration de plusieurs temporalités selon le triptyque : contrôles visuels permanents, contrôles contradictoires, contrôle du prestataire (les modalités de contrôle sont détaillées plus bas). Si l'obligation de résultat n'est pas tenue, des mécanismes de pénalités ont également été introduites dans le CCAP.

Les annexes du CCTP font figurer une cartographie précise des différentes zones de criticité, locaux par locaux, afin que les candidats aux marchés puissent adapter au mieux leur prestation et leurs moyens. En complément, une visite des locaux de l'établissement a été effectuée au bénéfice de tous les candidats potentiels afin de présenter les particularités de chaque espace et de répondre aux éventuelles questions techniques. Lors de cette visite a par exemple été évoquée la problématique du port de dosimètres pour les agents intervenants dans les espaces radio.

Par ailleurs, la consultation a revu l'équilibre entre les différents critères déterminants pour l'analyse des offres et l'attribution du marché. L'objectif n'était pas de sélectionner le moins-disant mais de concilier impératif économique et qualité de la prestation, selon la formule consacrée en droit des marchés : « le plus économiquement avantageux ». Les représentants du personnel avaient posé un point de vigilance sur le management et l'encadrement de la société extérieure et l'équipe projet souhaitait notamment renforcer le pourcentage du critère développement durable. La répartition s'est effectuée comme suit :

- Le prix (50%) : celui-ci est déterminé à l'aide de bordereaux de prix mensuels et annuels par surface
- L'organisation de la prestation (40%) : elle est déclinée en sous-critères qui mettent l'accent sur les moyens humains, les moyens matériels et la politique de formation
- Le développement durable (10%) : c'est le critère le plus difficile à évaluer même s'il existe quelques sous-critères (utilisation de produits Eco-Label, formations aux éco-gestes, accompagnement au bilan carbone, etc.)

C'est sur la base de ces critères détaillés au sein d'un tableau d'analyse des offres que la commission administrative de l'établissement a fait son choix parmi les différentes offres déposées jusqu'à la date limite de remise des plis (fin mai). Sur cinq offres recevables, c'est la société TFN qui a été retenue, au détriment d'ISOR, ELIOR, PLD et ONET. C'est en effet TFN qui a obtenu la meilleure note en croisant les différents critères évoqués précédemment.

3.2.2 Volet ressources humaines : l'accompagnement des agents

Le volet ressources humaines est indissociable de tout projet d'externalisation. Celle-ci entraîne en effet de nombreuses recombinaisons au sein des équipes et il faut parfois accompagner les agents en fin de contrat. L'équipe projet a donc chargé un groupe ressources humaines d'élaborer un plan d'actions pour l'accompagnement de chaque agent. Ce plan d'action a fait l'objet d'une communication poussée auprès des agents et des représentants du personnel. Voici, en résumé, ce qu'il prévoyait.

Détermination des effectifs et des perspectives de repositionnements. L'équipe projet et le groupe RH ont d'abord procédé à une analyse globale de la situation en termes de ressources humaines. A l'aide des cadres du bionettoyage et du service intérieur, des tableaux de suivi des effectifs ont été mis en place permettant notamment de suivre la fin des contrats CAE mois par mois et les dates de départ à la retraite de certains titulaires.

Ensuite, une étude des perspectives en termes de reclassement pour les personnels des services externalisés a été effectuée par les mêmes personnes. L'objectif était de déterminer ce qu'il était possible de faire avant de recueillir les souhaits des différents agents.

Au total, et pour la première tranche, 11 agents étaient concernés par l'externalisation de l'entretien des locaux de leur service :

- 2 titulaires partant à la retraite en 2018
- 1 titulaire en attente de reprise liée à un arrêt maladie
- 3 titulaires repositionnés sur des missions similaires
- 1 contractuel sur motif pérenne repositionné sur des missions similaires
- 1 contractuel sur motif non pérenne repositionné sur des missions similaires
- 2 CAE dont le contrat est terminé avant l'externalisation
- 1 CAE repositionné sur des missions similaires jusqu'à la fin de son contrat en décembre 2018

La gestion de la fin du dispositif CAE. Les contrats aidés, qui représentaient près de la moitié des effectifs du bionettoyage n'ont pas été renouvelés en lien avec la fin du dispositif décidée au niveau gouvernemental. A Montauban, il y avait deux types de situation à gérer :

- Les CAE dont les contrats se terminaient avant ou pendant la première tranche du marché : la DRH et les cadres du bionettoyage ont décidé de les recevoir un par un afin d'avoir un entretien sur leur avenir professionnel et définir le projet de chacun. Les représentants du personnel pouvaient assister à ces entretiens.
- Les CAE dont les contrats se terminaient fin 2018 ou en 2019 : ceux qui travaillaient dans des services externalisables ont été repositionnés au sein d'autres services en tenant compte au maximum de leurs contraintes personnelles (en termes d'horaires ou de restrictions particulières principalement). Des entretiens ont également été programmés avec la DRH avant la deuxième tranche afin de déterminer les perspectives professionnelles de ces agents.

La gestion des contractuels. Les pièces du marché font figurer une clause de reprise du personnel. Celle-ci stipule que le candidat retenu dans le cadre de la procédure de passation a l'obligation de reprendre les personnels contractuels du CH qui en ont formulé le souhait. L'opération se fait par simple transfert de contrat et les conditions de travail pour ces agents doivent rester inchangées. Ces transferts de personnel sont un gage du maintien de la qualité de la prestation : ils connaissent le milieu hospitalier et les spécificités des différents locaux.

L'accompagnement des agents titulaires. Les agents titulaires du service intérieur et du service de bionettoyage (concernés par la première tranche) ont été reçus individuellement par la DRH, les cadres chargés du bionettoyage et l'ingénieur logistique chargé du service intérieur pour analyser leurs perspectives d'évolution au sein de l'établissement et prévoir d'éventuels repositionnements.

De manière globale, ont été étudiées :

- Les restrictions éventuelles en lien avec le service santé au travail (ex : impossibilité de lever les bras, impossibilité de s'accroupir, etc.)

- Les souhaits de l'agent : horaires, peur du sang, affinités avec certaines équipes, etc.
- Les repositionnements en fonction du projet professionnel et des postes disponibles
- Les formations éventuelles d'adaptation à l'emploi, soit pour actualiser les connaissances et les techniques, soit pour changer d'orientation professionnelle
- La possibilité d'organiser des stages d'immersion pour découvrir d'autres métiers au sein de l'hôpital

Ce travail a commencé dès mars 2018 et les décisions de réaffectation ont été prises début juin 2018. Chaque agent a donc eu le temps de réfléchir à son projet professionnel et de programmer d'éventuels entretiens avec la DRH, le médecin du travail, les représentants du personnel, etc.

Par ailleurs, la DRH s'est engagée à maintenir les congés estivaux prévus, mesure sociale permettant de faciliter le dialogue avec les agents et les représentants du personnel.

Le rôle du service santé au travail. Le service santé au travail a été associé au suivi individuel des agents. L'équipe projet a décidé que sa consultation serait obligatoire pour les agents identifiés dans la cadre de la cellule AIME (Aide au Maintien et à l'insertion dans l'emploi) en cas de changement de tâches et pour un éventuel réaménagement de postes. Le suivi des autres agents s'est fait à la demande et en fonction des problématiques de chacun.

3.2.3 Volet sécurité : l'identification des principaux risques

En plus de la définition de la criticité de chaque zone, l'équipe projet souhaitait faciliter la reprise de la prestation par la société extérieure en relevant les caractéristiques de chaque espace et en identifiant les points propres aux différents services. En effet, l'entretien des locaux en milieu hospitalier présente plusieurs spécificités dont il faut en permanence tenir compte (ex : l'obligation de porter un dosimètre pour les agents entretenant les espaces de radio).

Pour ce faire, elle s'est appuyée sur les cadres des services qui ont été rencontrés à de nombreuses reprises avec les cadres du bionettoyage, la praticienne hygiéniste et la

référente entretien des locaux. Les représentants du personnel étaient invités à chacune de ces rencontres afin de garantir un niveau de transparence élevé sur les contraintes de chaque espace pour les tâches d'entretien. A la demande des agents et des représentants du personnel, des réunions complémentaires ponctuelles ont également été programmées lorsque cela a été nécessaire (ex : pour les espaces de la radiologie).

L'objectif de ces nombreuses rencontres était double. D'abord, informer les agents sur l'avancement du projet de manière régulière. Mais surtout, et c'est ce qui rend la démarche un peu moins orthodoxe, le but était d'entraîner l'adhésion en incitant les agents et les représentants du personnel à pointer les risques et les différents points de vigilance avant le début de la prestation. Aujourd'hui que l'externalisation est mise en place, les critiques sont moins virulentes qu'attendues et surtout elles sont plus constructives par rapport aux critiques portant sur le précédent marché d'externalisation (à l'IFSI). Les agents et les représentants du personnel ayant été sollicités pour participer au projet, ils sont moins dans une logique de blocage et ils ont davantage tendance à proposer des solutions pour les problèmes que rencontre la prestation externalisée. Et de fait, un grand nombre de risques ont été identifiés avant la mise en œuvre de la prestation grâce à ces réunions et aux points de vigilance directement recensés par les agents et qui avaient pu échapper à l'équipe projet.

A noter que la gestion des risques infectieux a fait l'objet d'un traitement à part, puisque c'est l'EOH qui a indiqué ses propres points de vigilance et les modalités d'entretiens devant être respectées par l'équipe prestataire. La plupart de celles-ci ont été reprises dans le CCTP ou ses annexes.

Afin de ne pas omettre de points de vigilance, ces risques ont donc été recensés et rassemblés sous la forme d'un tableau synoptique permettant d'avoir de la visibilité sur le suivi des différentes problématiques (Annexe 5). Les paragraphes qui suivent ne font que reprendre brièvement les éléments du tableau.

L'accessibilité des médicaments (risque de détournement). Dans la plupart des services, les médicaments sont accessibles dans les armoires ou les frigidaires à pharmacie, qui ne sont pas forcément verrouillables selon les modèles. Or, certains agents de la société prestataire seront amenés à intervenir en-dehors des horaires du service. Pour les médicaments les plus sensibles, comme la méthadone au pôle Santé/Société par exemple, des coffres sécurisés ont été fournis ou achetés par la DATL. Au pôle Santé/Société, si les agents de la société de propreté interviennent avant les premières consultations, un chevauchement de trente minutes a été mis en place avec les

agents du service afin de permettre une surveillance renforcée et une meilleure cohésion entre équipes.

L'accessibilité aux dossiers patients et aux archives (risque de confidentialité). Ces dossiers patients, et un certain nombre d'archives, sont librement accessibles sur des rayons. Ils doivent être rapidement accessibles pour les agents du service et ne peuvent donc être sécurisés davantage. Pour contrer ce risque, le CCTP prévoit que les agents de l'équipe prestataire devront se conformer aux règles internes de l'établissement, dont l'obligation de confidentialité et de secret professionnel. En cas de non-respect des règles internes, le CCAP prévoit une pénalité financière spécifique s'élevant à 100 € par infraction.

Les salles sensibles (précautions particulières). Les agents de la radio ont fait remonter la dangerosité qu'implique l'entretien de la salle IRM (en raison du champ magnétique). Dans un premier temps, l'équipe projet avait prévu l'obligation d'une formation spécifique attestant d'une aptitude au nettoyage de ce type de locaux pour les agents y intervenant. Ces derniers devaient par ailleurs prendre connaissance et appliquer les restrictions avant de pénétrer dans la salle IRM (pas d'objet métallique, de pace-makers, de piercings, etc.). Mais considérant le niveau de sensibilité de l'entretien de ces locaux, et sur le conseil des agents de la radio, l'équipe projet a préféré conserver cette prestation en interne avec son service de bionettoyage.

Les contraintes horaires des services. Certains services ne peuvent pas superposer la journée de soins et les tâches d'entretien, la plupart du temps pour des raisons pratiques. A contrario, d'autres services ont requis la présence des médecins et des soignants durant la réalisation de la prestation d'entretien par les agents de la société privée.

L'équipe projet a donc recensé les contraintes horaires des différents services afin que l'entreprise prestataire puisse adapter sa prestation en conséquence. Par exemple, à la régulation des urgences, certains médecins récupèrent après le staff de la matinée, parfois jusqu'à 10h-11h. De plus, le pic d'activité à l'UHCD se situe en général le matin. Idéalement, la prestation doit donc être réalisée en début d'après-midi. A l'inverse, aux consultations externes, la prestation doit être réalisée avant l'arrivée des patients, soit 8h30 ou le soir à partir de 19h. De même à la radio ou l'entretien des locaux est généralement effectué entre 5h et 8h du matin, avant le début de l'activité programmée. Au pôle santé/société un chevauchement de trente minutes avec le personnel de service a été mis en place afin de créer un minimum de cohésion avec les équipes du prestataire.

3.2.4 Volet communication : informer, susciter l'adhésion et co-construire

Les parties précédentes ont déjà préfigurés les développements qui vont suivre. En-dehors des aspects techniques du projet (logistique, achats, ressources humaines, gestion des risques), il paraissait essentiel à l'équipe projet d'introduire un volet communication permettant d'entraîner une relative adhésion. Relative, parce qu'un projet d'externalisation est rarement populaire. L'objectif principal était de changer la nature du dialogue social ayant cours au sein de l'établissement, au moins sur ce dossier-là.

Depuis quelques années déjà, le dialogue social au CH de Montauban s'inscrivait dans une logique de blocage d'un côté et de manque de transparence de l'autre. Ce phénomène s'est accentué vers 2013-2014 et a ralenti un grand nombre de projets de réorganisations ayant eu lieu depuis. La mise en place récente du PRE a ravivé les tensions qui pouvaient exister et dues aux précédentes négociations. L'équipe projet a donc fait le choix de renverser la tendance et de pratiquer une transparence accrue visant à informer les agents et les représentants du personnel et à les faire participer sur certains grands axes du projet (notamment la gestion des risques et l'accompagnement RH). En bref, passer d'une démarche top-down à une démarche plus bottom-up, en faisant le pari que la cette volonté de co-construire permettrait de rendre les critiques plus constructives et moins systématiques.

Dans les faits, si cette démarche a connu quelques accrocs (deux syndicats sur trois ont émis un avis défavorable au projet en CHSCT), elle a en revanche été bien accueillie par les équipes et les représentants du personnel et compte quelques beaux succès. C'est par exemple le cas de l'identification des risques au sein des locaux de la radiologie.

Suite à la réunion de recensement des risques avec les cadres de la radio, les manipulateurs radio ont demandé à être reçus par la direction afin d'exprimer leurs craintes sur des points de vigilance qui auraient été occultés par l'équipe projet. Le directeur de la DATL a préféré organiser une sorte de café-débat dans la salle de pause des manipulateurs avec invitation libre des agents et des représentants du personnel. Au total, cette rencontre a rassemblé une quarantaine de personnes. Les agents ont pu exprimer leurs craintes et ont notamment fait part de leur inquiétude sur l'externalisation de la salle IRM et sur le port des dosimètres pour l'entretien des salles de radio. En effet, le champ magnétique de la salle IRM entraine des dangers imposant des restrictions pour les agents intervenant dans cette salle (pas de port d'objets métalliques, pas de pace-maker, etc.). Ces recommandations sont formalisées et étaient connues des ASH et des formations étaient prévues pour les futurs agents de la société privée. Cependant, les agents, de concert avec les représentants du personnel, souhaitaient conserver cette

partie de la prestation en interne en raison d'un incident récent au CHU de Toulouse sur une externalisation similaire.

Ce temps de concertation a été formalisé par écrit et l'équipe projet s'était engagée à répondre sous trois semaines sur les différentes questions qui avaient été soulevées et notamment sur la salle IRM. Un benchmark avec le CHU de Toulouse a permis de vérifier que l'externalisation de leur prestation d'entretien n'était pas la cause de l'incident dans leur salle IRM. Pourtant, l'équipe projet a finalement décidé de sortir la salle IRM du périmètre d'externalisation car cela permettait de démontrer que les agents avaient été entendus. Et de fait, suite aux réponses de l'équipe projet, les agents de la radio se sont impliqués dans le projet malgré leurs réticences initiales. Ils ont notamment proposé une solution permettant d'éviter le port de dosimètre en planifiant l'extinction séquencée des générateurs des salles de radio lors des phases d'entretien. Cette solution, validée par les personnels compétents en radioprotection et la médecin du travail, a donc été adoptée par l'équipe projet.

Cet exemple est révélateur d'un volet parfois négligé de la conduite de projet : la communication interne. A priori, les projets d'externalisation font rarement l'unanimité au sein des établissements de santé. Pourtant, même sur un projet impopulaire, il est possible d'entraîner une forme d'adhésion, certes relative, mais qui permet d'être plus constructif dans la démarche et de faire émerger des solutions des agents présents sur le terrain. Par ailleurs, cette politique de co-construction implique parfois de faire des compromis (ici la salle IRM) permettant de faire avancer le projet et de mobiliser les acteurs. De manière plus large, cela permet de mener à bien les projets tout en préservant une certaine forme de dialogue social, même si celui-ci est fondé sur des désaccords initiaux.

3.3 Le suivi et le contrôle de la prestation

En parallèle de ses procédures internes d'autocontrôle, l'entreprise de propreté doit mettre en place des contrôles contradictoires avec le centre hospitalier de Montauban, suivant une grille prédéfinie. Ces contrôles sont menés à l'initiative d'un référent entretien, agent du CH Montauban.

Il existe trois niveaux de contrôle :

Procédure de contrôle contradictoire (au moins 6 fois / an) :

- Détermination des zones et/ou locaux à contrôler
- Procéder au contrôle de tous les éléments listés sur la grille

- Noter et reporter ces notes
- Calculer le seuil d'acceptabilité

Si le contrôle est considéré comme non conforme, le titulaire dispose alors de 48h pour rectifier les défauts observés lors du contrôle.

Procédure de contrôles visuels permanents :

Le responsable nettoyage du Centre Hospitalier de Montauban pourra faire des contrôles visuels autant qu'il le souhaite. Les défauts constatés lors de ces contrôles seront transmis par écrit au responsable du site du prestataire. La remise en conformité devra être faite dans les délais demandés.

Procédures de contrôle du prestataire :

Le prestataire doit fournir un plan de contrôle et ses procédures de contrôle. Il doit effectuer quotidiennement des contrôles et transmettre mensuellement les résultats au Centre Hospitalier de Montauban. Les critères d'acceptabilité ou de refus du lot seront réalisés en fin de mois et comparés au seuil d'acceptabilité contractuel.

Les pénalités

Les pénalités s'inscrivent dans la logique de résultat et permettent de rendre efficace le contrôle de prestation qui représente dès lors un véritable enjeu pour la société prestataire. Afin de tenir compte de la variété des situations, le CCAP ne prévoit pas moins de dix types de pénalités différentes pouvant intervenir en cas de manquement de la société extérieure à ses obligations. Parmi celles-ci, on compte notamment des pénalités fortes pour la non-exécution de la prestation par local (50 €), pour le non-respect des seuils d'acceptabilité (100 €), pour la récurrence du non-respect des obligations de résultat (150 €) ou encore pour le non-respect des qualifications nécessaires des agents mis à disposition par le prestataire (50 €) ou le non-respect par les agents de la société des du règlement intérieur et de la confidentialité (100 €).

Cette démarche de suivi de la prestation est désormais bien ancrée dans les mentalités, puisque dès les premières semaines suivant le début de la prestation externalisée (au 1^{er} juillet 2018), certains cadres ont fait remonter des insuffisances au référent nettoyage. Celui-ci, en lien avec la société, a pu corriger la plupart de ces manques et faciliter le travail des agents de la société extérieure en termes logistiques (répartition des clefs au sein de l'établissement, transformations de locaux en salles de repos agréables, etc.). Au moment de la fin du stage, le premier contrôle contradictoire n'avait en revanche pas encore eu lieu.

Conclusion

Pour conclure, il est impossible de trancher définitivement sur la question ouverte par Mathilde Rouch dans son mémoire de 2009 : quel est le mode d'organisation le plus adapté et efficace pour l'entretien des locaux au sein d'un établissement de santé ? Il appartient à chaque hôpital de déterminer ses propres modes d'organisation en fonction du contexte, de ses caractéristiques, de ses objectifs et de ses contraintes. Il est tout à fait possible d'avoir une prestation de bonne qualité et à coût raisonnable avec des équipes internes comme avec des agents travaillant pour une entreprise privée.

Le centre hospitalier de Montauban, face à un contexte particulier, a lui fait le choix d'une externalisation partielle de l'entretien de ses locaux. La vraie question portait alors sur la conduite du projet d'externalisation : comment mettre en place, dans un climat social tendu, une organisation conciliant le maintien de la qualité de la prestation actuelle et la réduction de son coût ? Pour y répondre au mieux, l'équipe projet en charge du dossier a décliné trois grands volets permettant de piloter le projet : la passation du marché, l'accompagnement des équipes et le recensement des différents risques. En sus, un volet communication est venu s'adjoindre afin de mobiliser les équipes sur un projet initialement peu populaire et susceptible d'engendrer des blocages.

Cependant, l'opération d'externalisation n'est pas encore terminée puisqu'il reste deux tranches, certes conditionnelles, à mettre en place sur les douze prochains mois. La reprise de la démarche bottom-up initiée pour la préparation de la tranche ferme devra être reprise, notamment pour les structures externes de psychiatrie et de pédopsychiatrie présentant de nombreuses particularités. En ce sens, des agents ont déjà fait remonter des points de vigilance liés aux cuisines thérapeutiques.

Pour juger de l'opportunité de cette externalisation, une interrogation demeure sur la pertinence de la prestation. Celle-ci sera jugée par rapport aux objectifs fixés initiaux justifiant l'opération : la qualité de la prestation a-t-elle été maintenue ? le coût de la prestation a-t-il été réduit ? L'organisation a-t-elle été simplifiée ? La réponse à ces différentes questions ne pourra intervenir qu'à partir de 2020 environ et quel que soit le résultat, il appartiendra aux différents acteurs d'analyser ce qui a été réalisé afin de tirer les enseignements nécessaires pour la conduite des futurs projets.

Références

Bibliographie

CCLIN Sud-Ouest, *Les produits utilisés pour la détergence, la désinfection et l'antisepsie, Guide pour la formation de nouveaux professionnels en établissement de soins*

Fédération des Entreprises de la Propreté, *Chiffres clés et actions prioritaires*, Edition 2014 et 2018

GALY Elisabeth, VERDEIL Xavier, *Recommandations de bonnes pratiques : Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux*, CPIAS Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, Novembre 2017

HAS, *Manuel de certification des établissements de santé v2010* – édition Janvier 2014, Liste des thématiques

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*

OSINSKI Nathalie, « Bionettoyage en secteur hospitalier », Risque infectieux et environnement, 2014

ROUCH Mathilde, *Optimiser l'organisation de l'entretien des locaux – l'exemple du Groupement Hospitalier Est des Hospices Civils de Lyon*, Mémoire EHESP, décembre 2009

VERDEIL Xavier, « Entretien des locaux : des principes à l'évolution des principes », Neuvième journée d'Automne de l'association des hygiénistes de Picardie (2013)

Articles

CAHUE Philippe, « La salle du conseil de surveillance de l'hôpital de Montauban envahie par une centaine de grévistes », *La Dépêche*, 07/12/2017

Dancer S.J., « The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection », *The Lancet Infectious Diseases*, 2008

Dancer S.J. « Controlling hospital-acquired infection : focus on the role of the environment and new technologies for decontamination », *Clinical Microbiology Reviews*, 2014

« Propreté à l'hôpital : l'externalisation progresse lentement », *Magazine Services*, n°220, Mars-Avril 2012

VALLETOUX Frédéric, Communiqué de presse FHF du 18 décembre 2017

Textes réglementaires

AFNOR, Norme NF X 50-790, Activités de service de nettoyage industriel - lexique de la propreté

Circulaire du DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers

Décret n° 2007-1188 du 3 aout 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Classification des locaux hospitaliers – zones de criticité

ANNEXE 2 : Exemple déroulé de tâches contrat interne de neuro

ANNEXE 3 : Tranches du marché d'externalisation

ANNEXE 4 : Exemple de la détermination des zones de criticité sur le plan de la radiologie

ANNEXE 5 : Plan d'action sécurité

ANNEXE 1

Classification des locaux hospitaliers / les risques infectieux

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Absence de risque	Risque faible	Risque important	Risque élevé
Halls Bureaux Services administratifs Services techniques Services logistiques Circulation verticale (ne donnant pas accès aux unités de soins)	Sanitaires Vestiaires Zone de stockage du linge souillé, déchets Consultations Service psychiatrie Service SSR, SLD Salle de rééducation Maternité Circulation verticale (donnant accès aux unités de soins) Circulation horizontale	Urgences SSPI Service de pédiatrie Service de chirurgie Service de médecine Hémodialyse Radiologie Exploration fonctionnelle Endoscopie Salle de naissance Soins intensifs Salle d'autopsie	Néonatalogie Réanimation Salle d'opération Secteur interventionnel Service de brûlés Unité protégée d'hématologie Chambre à flux laminaire
Nettoyage Quotidien	Nettoyage/désinfection Quotidien	Nettoyage/désinfection Quotidien ou Pluriquotidien	Nettoyage/désinfection Pluriquotidien

© Nathalie OSINSKI – 2014

11

ANNEXE 2

DEROULE DE TACHES ASH BIONETTOYAGE		
SECTEUR : Médecines		
UNITE: neurologie		
HORAIRES	ACTIVITES	REMARQUES
9h	Préparer chariot Nettoyage et compléter approvisionnement	ASH en J si pas d'ASH en TM
9h05	Bionettoyage des chambre	Entretien quotidien
	Au fil de l'eau : réapprovisionnement en consommables	Papier essuie mains, papier WC, savon doux
10h30	Pause agent	Salle repos pneumologie ou neurologie
10h45	Entretien de chambres	Entretien quotidien, terminer par les chambres de patients en précautions complémentaires
11h50	Entretien des annexes : Local déchets, réserve matériel, sanitaires, lingerie...	Peut se faire au fil de l'eau ou dès 9h selon coordination avec équipe de neurologie (soins, visite médecin...)
12h30	Pause repas	Salle repos commune médecine et pédiat, de repos neuro ou pneumo
13h	Entretien des circulations, mains courantes, extincteurs, portes...	Entretien quotidien, balayage humide, serpillage
	Réfection du chariot	Oter filets bandeaux de lavage sales, poubelles et réapprovisionnement
14h30	Entretien de chambres en sorties selon situation	Entretien selon le cas avec le nettoyeur vapeur Collègue ASH en T3 - jusqu'à 16h51 pour l'ASH en J - jusqu'à 19h pour l'ASH en T3 Entretien à fond selon sorties et chambres disponibles
18h50-19h	Entretien et reconditionnement du chariot	

ANNEXE 3

TRANCHE FERME (TF)	TRANCHE CONDITIONNELLE n°1 (TC1)	TRANCHE CONDITIONNELLE n°2 (TC2)
<p>Bâtiment administratif</p> <p>Formation continue</p> <p>Chapelle</p> <p>Médecine du travail</p> <p>Salle polyvalente</p> <p>Cellule hygiène</p> <p>Maison centrale</p> <p>Internat</p> <p>Logements de fonction</p> <p>Pôle Santé Société</p>	<p>Bâtiment principal :</p> <p>Liaisons verticales et horizontales</p> <p>Circulations Logistiques</p> <p>Perrons hall d'entrée</p> <p>Vestiaires centralisés</p> <p>Standard, Service Incendie</p> <p>Bureau des entrées</p> <p>Quais, Local central des déchets</p> <p>Rhumatologie technique plateau</p> <p>Ateliers Techniques</p> <p>Atelier Biomédical</p>	<p>CMP psychiatrie adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMP CATTTP Caussade : 53 Avenue Jean Jaurès 82300 Caussade ▪ CMP Montauban : 14 avenue Léon Gambetta 82000 Montauban ▪ Hôpital de jour Moissac : 13 rue General Gras 82200 Moissac ▪ CMP CATTTP Castel : 83 chemin de la Mouline 82100 Castelsarrasin ▪ USA et thérapies familiales : 15, Place F. Roosevelt 82000 Montauban ▪ CMP Valence :

<p>HAD</p> <p>Consultations externes</p> <p>Régulation</p> <p>Radiologie (hors cardio interventionnelle) /Scanner</p> <p>Escaliers de secours du bâtiment principal</p>	<p>Service Informatique (Bureaux et salles serveurs)</p> <p>Archives et DIM</p> <p>Autres services de soins : uniquement les circulations horizontales et les sanitaires des services de soins.</p> <p>IFSI (bâtiment principal IFSI+ salle de cours situé au RDC de la Maison Centrale)</p>	<p>8 avenue TORSIAC</p> <p>82400 Valence d'AGEN</p> <p>CMP Psychiatrie Infanto-juvénile (PIJ) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMP de Montauban (UF1) : rue du Dr Alibert <p>82000 Montauban</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMP de Castel (UF2): 99 avenue Courbieu <p>82100 Castelsarrasin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMP de Moissac 3 Bld Alsace Lorraine <p>82200 Moissac</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CMP Beaumont de Lomagne : Place Henri Seran <p>82500 Beaumont de Lomagne</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison de santé : 8 avenue TORSIAC <p>82400 Valence d'AGEN</p>
---	---	--

ANNEXE 4

Service Radiologie



2018

ANNEXE 5

Risque	Groupes de travail	Décisions	Echéancier	Commentaires
Accessibilité médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cadres des services : Mme Breil, M. Frison, Mme Barbe, Mme Bonczyk, Mme Danielli ➤ Mme Gautier, CSS en charge du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité ➤ Mme Castebrunet, cadre du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité ➤ DATL : étude des risques de confidentialité et de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les aléas liés aux risques de sécurité et de confidentialité sont inévitables dans le cadre d'une telle prestation, qu'elle soit assurée en interne ou en externe ➤ L'objectif de cette action est de réduire et prévenir ces risques au maximum et de garantir un niveau de sécurité et de confidentialité qui soit au moins équivalent à celui d'aujourd'hui
Dossiers patients archives +	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cadres des services : Mme Breil, M. Frison, Mme Barbe, Mme Bonczyk ➤ Mme Gautier, CSS en charge du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité ➤ Mme Castebrunet, cadre du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité ➤ DATL : étude des risques de confidentialité et de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le marché prévoit que les agents de l'équipe prestataire devront se conformer aux règles internes de l'établissement, dont l'obligation de confidentialité et de secret professionnel ➤ La fiche de tâche et la charte nettoyage prévoient également ces obligations 	Décision prise le 19/04/18 après réunion avec les cadres et visites des locaux concernés	
Tampons et ordonnanciers des médecins	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cadres des services : Mme Breil, M. Frison, Mme Barbe, Mme Bonczyk ➤ Mme Gautier, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La cadre du service engagera les médecins à modifier leurs pratiques afin 	Décision prise le 19/04/18 Travail avec	

		<p>CSS en charge du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p> <p>➤ Mme Castebrunet, cadre du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p> <p>➤ DATL : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p>	<p>que les tampons et ordonnanciers soient rangés dans des tiroirs sous clefs en fin de journée</p>	<p>les cadres : en continu</p>
<p>Accessibilité méthadone (Santé/Société)</p>	<p>➤ Mme Breil, cadre Santé/Société : point de vigilance sur méthadone</p> <p>➤ Mme Gautier, CSS en charge du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p> <p>➤ Mme Castebrunet, cadre du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p> <p>➤ DATL : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p>	<p>La méthadone est contenue dans un coffre sécurisé</p>	<p>Vérification du coffre sur place le 19/04/2018</p>	
<p>Salle IRM (Radio)</p>	<p>➤ M. Frison, cadre radio : Point de vigilance salle IRM</p> <p>➤ Mme Gautier, CSS en charge du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p> <p>➤ Mme Castebrunet, cadre du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité</p>	<p>Reprise des précautions de la fiche de tâche actuelle : liste d'items à ne pas conserver avec soi lors du nettoyage de cette zone (prothèses, stent, pacemaker...)</p>	<p>Décision prise le 19/04</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DATL : étude des risques de confidentialité et de sécurité 			
<p>Salle des pansements (Consultations externes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mme Barbe, cadre consultations externes : Point de vigilance sur salle pansements ➤ Mme Gautier, CSS en charge du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité ➤ Mme Castebrunet, cadre du bionettoyage : étude des risques de confidentialité et de sécurité ➤ DATL : étude des risques de confidentialité et de sécurité 	<p>Vigilance accrue dans la décontamination de cette salle identifiée comme une zone 3 dans le CCTP</p>		

POULENC

Thomas

Octobre 2018

Directeur d'hôpital

Promotion 2017-2018

L'externalisation partielle de l'entretien des locaux au centre hospitalier de Montauban

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : NON

Résumé :

Face au resserrement de la contrainte financière, certains hôpitaux font le choix d'externaliser tout ou partie de l'entretien de leurs locaux afin de réaliser des économies. Cependant, certains établissements reviennent aujourd'hui sur ces choix ce qui pose la question du meilleur type d'organisation de la fonction entretien permettant de concilier qualité et coût soutenable.

Dans le cadre de son PRE, le CH de Montauban a lui fait le choix de recourir à une externalisation partielle de ses locaux. Dans un climat social tendu et un délai contraint, l'équipe pilotant le projet a dû trouver la méthode et les ressources pour proposer une prestation alliant haut niveau de qualité et réduction des coûts. Ce pilotage de projet s'est voulu innovant en insistant sur la transparence et la participation des acteurs du terrain dans la construction du dossier.

S'il est encore trop tôt pour se prononcer sur la pertinence du projet d'externalisation à Montauban, ce mémoire tente cependant de dégager certaines pistes pour la conduite de projets difficiles.

Mots clés :

Entretien des locaux – externalisation – pilotage de projet

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

