



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Optimiser l'organisation de l'entretien
des locaux**

**L'exemple du Groupement Hospitalier
Est des Hospices Civils de Lyon**

Mathilde Rouch

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à mon maître de stage, Madame Sandrine POIRSON-SCHMITT, Directrice des ressources humaines du Groupement Hospitalier Est des Hospices Civils de Lyon, pour son soutien, sa grande disponibilité, son aide et ses conseils précieux tout au long de l'élaboration de ce mémoire, et plus largement de mon stage. Je remercie également l'ensemble des membres de l'équipe de direction pour leur accueil et leur accompagnement durant mon stage.

Ce travail aurait été impossible sans l'aide de nombreuses personnes qui ont accepté de me consacrer du temps et de répondre à mes questions et je tiens ici à les en remercier. Mes remerciements s'adressent particulièrement à Monsieur François MARTIN, Coordonnateur Général des Soins des Hospices Civils de Lyon et Madame Christiane FOUILLAT, Directrice des Soins au GHE. Je remercie également chaleureusement les cadres supérieurs du GHE ainsi que les cadres de proximité rencontrés pour leur disponibilité et leur aide. Les entretiens qu'ils m'ont accordés ont largement contribué à enrichir ce travail en l'éclairant de leurs expériences de terrain. Enfin, je remercie Monsieur Anthony MAURO, responsable de l'entretien externalisé des locaux à la Direction des Affaires Economiques et Logistiques pour ses conseils avisés sur le sujet.

Je tiens également à remercier l'ensemble du personnel de la direction des ressources humaines, des services économiques et logistiques, des services financiers et des services techniques, et tout particulièrement le secteur Budget Etudes et Effectifs, pour m'avoir permis d'accéder aux données nécessaires à mon analyse.

Sommaire

Introduction	1
1 L'entretien des locaux au Groupement Hospitalier Est : des organisations hétérogènes	7
1.1 Principes généraux de l'entretien des locaux en milieu hospitalier	7
1.1.1 Des enjeux multiples d'hygiène, de qualité d'accueil et de lutte contre les infections nosocomiales	7
1.1.2 L'organisation de l'entretien des locaux dans les établissements de santé : entre régie et concession	9
1.2 Des organisations diversifiées sur les différents sites du GHE issues de l'histoire des HCL	10
1.2.1 Présentation générale de la fonction entretien des locaux au GHE	10
1.2.2 Des organisations hétérogènes	17
2 Une volonté d'optimiser les organisations.....	25
2.1 Un contexte politique et institutionnel marqué par un souci de maîtrise budgétaire et de rationalisation des organisations.....	25
2.1.1 Un contexte de restriction budgétaire et de réflexion sur les sources d'économies potentielles	25
2.1.2 Les contraintes institutionnelles	26
2.1.3 Les contraintes locales	26
2.1.4 Le positionnement de l'élève directeur et les enseignements pour le métier de Directeur d'hôpital.....	27
2.2 Comparaison des différents types d'organisations	28
2.2.1 Etude économique.....	28
2.2.2 Motivation des équipes, conditions de travail et sentiment d'appartenance	29
2.2.3 Nouvelle gouvernance	37
3 Mise en perspective : propositions d'évolution pour la prise en charge de l'entretien des locaux au Groupement Hospitalier Est.....	39
3.1 L'hypothèse de l'externalisation : des potentialités d'économie qui s'accompagnent néanmoins d'enjeux sociaux, culturels et qualitatifs	39
3.1.1 Comparaison des coûts internes et externes.....	41
3.1.2 Les risques à prendre en compte	45

3.1.3 Les conditions à respecter afin de favoriser les chances de réussite d'une opération d'externalisation	47
3.2 La rationalisation des organisations en interne	49
3.2.1 Les évolutions en termes d'effectifs et de répartition des tâches	50
3.2.2 Equipe centralisée ou rattachement des ASH dans les services	51
3.3 Les améliorations pouvant être apportées aux organisations actuelles	52
3.3.1 Les pistes d'amélioration concernant l'équipe centralisée de l'HFME	52
3.3.2 Les pistes d'amélioration concernant l'ensemble du groupement	54
Conclusion	57
Bibliographie.....	59
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AEQ : Agent d'Entretien Qualifié
AFNOR : Association Française de Normalisation
AP : Auxiliaire de Puériculture
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ASD : Aide Soignant Diplômé
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLM-CLD : Congé Longue Maladie – Congé Longue Durée
CNN : Couple Nouveau Né
CTINILS : Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins
CTTP : Cahier des Clauses Techniques Particulières
DAEL : Direction des Affaires Économiques et Logistiques
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRH : Direction des Ressources Humaines
DSEL : Direction des Services Économiques et Logistiques
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Équivalent Temps Plein
HFME : Hôpital Femme Mère Enfant
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHE : Groupement Hospitalier Est
HCL : Hospices Civils de Lyon
IDE : Infirmier Diplômé d'État
MAINH : Mission Nationale d'Appui l'Investissement Hospitalier
MO : Maître Ouvrier
OP : Ouvrier Professionnel
PAM : Pôle d'Activité Médicale

RAISIN : Réseau national d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales
RTT : Repos Temps Travaillé
SFPH : Société Française d'Hygiène Hospitalière
UF : Unité Fonctionnelle
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
Uni.H.A. : Union des Hôpitaux pour les Achats
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

L'entretien des locaux a pour objectif de maintenir la propreté et l'hygiène des établissements de soins pour les patients, les visiteurs et les soignants. Souvent désigné comme « le premier acte de soins »¹, il participe à la qualité de l'accueil et des soins dispensés et concourt à l'image que renvoie l'établissement à l'extérieur. Il joue également un rôle important dans la prévention des infections nosocomiales. Pourtant, l'entretien des locaux reste aujourd'hui une fonction peu valorisée et peu reconnue à l'hôpital. Les termes « nettoyage », « bionettoyage » et « entretien des locaux » sont souvent employés de manière indifférenciée pour désigner les activités de ménage. Leurs définitions ne sont pourtant pas tout à fait identiques. Le nettoyage désigne une opération consistant à éliminer les salissures particulières, biologiques, organiques ou liquides, le plus souvent visibles à l'œil nu. Il a pour principal objectif d'assurer un aspect agréable et un bon niveau de propreté. Le bionettoyage recouvre quant à lui l'ensemble des opérations destinées à réduire la contamination biologique des surfaces par élimination des micro-organismes².

L'entretien des locaux fait partie des fonctions « tertiaires » à l'hôpital qui n'entrent pas directement dans le domaine du soin. Or dans un contexte de restriction budgétaire, ces fonctions constituent aujourd'hui un sujet de préoccupation pour de nombreux établissements. Les réflexions menées dans ce domaine portent généralement sur la recherche d'une organisation optimale, entre régie et concession. La plupart des établissements de santé, et notamment les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), connaissent en effet une situation financière dégradée. D'après le rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires³, 24 CHU sur 27 étaient déficitaires en 2007. Les établissements de santé sont de plus en plus nombreux à présenter des plans de retour à l'équilibre et à mener une réflexion sur la maîtrise des dépenses et la rationalisation des organisations en place. Comme le souligne le rapport précédemment cité, les mesures de redressement portent souvent en premier lieu sur les fonctions de soutien. Les dépenses de personnel qui représentent le premier poste budgétaire à l'hôpital⁴ se trouvent au cœur de ces réflexions.

¹ THIVAUD D., décembre 2005, « Le bionettoyage », *Hygiène en milieu hospitalier*, n°75, p. 15.

² GPEM/SL, 1991, *Guide du bionettoyage : recommandation n°E 1-90*, Paris : Direction des Journaux officiels, pp. 43 et 54

³ MARESCAUX J., mai 2009, *Rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, Paris, page 17

⁴ Les dépenses de personnel représentent environ 70% des dépenses des établissements de santé.

Avec un déficit consolidé de 86 millions d'euros en 2008, les Hospices Civils de Lyon (HCL) n'échappent pas à ce contexte général. Une réflexion a donc été entreprise sur les économies potentielles pouvant être réalisées. Dans le domaine des ressources humaines, les mesures retenues portent notamment sur la définition d'effectifs cibles à atteindre et l'optimisation des niveaux de compétence dans les unités. À ce titre, la répartition des agents des services hospitaliers (ASH) et des aides soignants diplômés (ASD) autour de la prise en charge de l'entretien des locaux figure parmi les pistes de travail envisagées. En effet, les ASD assurent traditionnellement aux HCL une partie de l'entretien des locaux qui relèverait plutôt de la compétence des ASH. Des sources d'économie potentielles ont donc été ciblées dans ce domaine. La présente étude se concentre sur la déclinaison de cet axe de travail au Groupement Hospitalier Est (GHE).

Le GHE constitue l'un des six groupements hospitaliers des HCL. Il comporte 1 212 lits et places et se compose de trois établissements spécialisés regroupés sur un site unique : l'Hôpital Neurologique et Neurochirurgical Pierre Wertheimer ouvert en 1963, l'Hôpital Cardio-vasculaire et Pneumologique Louis Pradel ouvert en 1969 et l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) qui a ouvert ses portes au printemps 2008. Cet établissement neuf regroupe des activités de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie initialement exercées sur d'autres sites des HCL⁵. L'ouverture de l'HFME s'est donc traduite par le déménagement des équipes soignantes et médicales issues de ces différents sites. Le GHE comprend également l'Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique qui constitue un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le Centre régional de lutte contre le Cancer Léon Bérard. Cet établissement d'une capacité de 54 lits se situe néanmoins sur un autre site et n'entre pas dans le champ de cette étude. Les trois hôpitaux de spécialité du GHE sont réunis sur un même site de 29,4 hectares. Le plan de masse du groupement figure en annexe I. Le GHE regroupe quatre pôles cliniques, appelés « pôles d'activité médicale » (PAM) : le pôle Cœur Poumon Métabolique qui comprend l'ensemble des activités cardiologiques et pneumologiques de l'hôpital cardiologique, le pôle des Spécialités Neurologiques qui correspond aux activités neurologiques et neurochirurgicales exercées au sein de l'hôpital neurologique et les pôles Couple - Nouveau Né et des Spécialités Pédiatriques qui recouvrent les activités d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de l'HFME.

⁵ Il s'agit des activités de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Edouard Herriot et de l'Hôtel Dieu ainsi que de l'ensemble des activités pédiatriques de l'hôpital Debrousse qui a fermé ses portes.

Comme indiqué plus haut, les HCL se caractérisent dans le domaine de l'entretien des locaux par la prise en charge d'une partie importante des tâches d'hygiène et d'entretien par les ASD. Il faut noter que cette situation est le résultat d'une politique passée de « surqualification » au sein de l'établissement. Les effectifs d'ASH ont en effet été définis de manière restrictive, de telle sorte que les ASH ne sont pas systématiquement remplacés en cas d'absence. Ce sont alors les ASD qui prennent en charge les tâches d'entretien. Cette organisation est notamment celle qui a été retenue pour les hôpitaux cardiologique et neurologique. Les ASH et les ASD des équipes soignantes prennent en charge l'entretien des locaux dans les unités de soins, tandis que l'entretien des communs est assuré par une équipe d'agents issus de la filière ouvrière et rattachée à la Direction des Services Economiques et Logistiques (DSEL). Dans plusieurs services de soins, les ASH ne sont présents qu'en semaine sur des horaires de journée. L'entretien des locaux est donc réalisé par les ASD les soirs et les week-ends. En revanche, l'installation récente du nouvel Hôpital Femme Mère Enfant a été l'occasion de proposer une nouvelle organisation. Une équipe centralisée de bionettoyage a été mise en place avec des agents de service recentrés sur des tâches d'entretien tandis que l'entretien des communs a été concédé à un prestataire externe.

Face à l'hétérogénéité des organisations retenues, un certain nombre de questions se posent : Comment optimiser l'organisation de l'entretien des locaux des unités de soins au GHE ? Quels sont les points forts et les points faibles des différents types d'organisations ? Quel est l'impact des organisations en termes économiques ? Quelles sont les conséquences sur les conditions de travail du personnel, la qualité des prestations et les modalités de management ?

L'analyse portera sur l'entretien des locaux du GHE en dehors des vitreries et des espaces extérieurs. Elle concerne donc le nettoyage et le bionettoyage des surfaces des services de soins de l'hôpital. L'entretien des locaux communs et des services administratifs et logistiques sera abordé mais l'analyse portera surtout sur les unités de soins qui posent actuellement question. L'objet n'est pas de s'interroger sur les techniques, les produits ou les matériels utilisés mais bien sur les organisations et notamment les ressources humaines. L'aspect technique du bionettoyage ne sera donc abordé qu'à la marge.

Afin de répondre à ces questions, la méthodologie adoptée a tout d'abord porté sur le recueil de données quantitatives auprès des services administratifs et soignants : effectifs, surfaces à prendre en charge, absentéisme, etc. Cette partie du travail, indispensable à la suite de l'analyse, a parfois nécessité un temps de recueil important. C'est le cas par exemple pour les surfaces des unités de soins. Celles-ci n'avaient pas fait l'objet jusqu'à présent d'étude précise du point de vue de l'entretien des locaux. Les logiciels des services techniques ne permettant pas d'obtenir directement la répartition des surfaces par type de local, un travail de recueil à partir des plans d'architecte a dû être réalisé. L'analyse des données internes a été complétée par l'examen des ressources documentaires disponibles sur le sujet. La documentation concernant l'entretien des locaux en milieu hospitalier est essentiellement constituée des guides et recommandations publiés par les instances relevant du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Bien que les documents traitant du sujet dans sa globalité soient peu nombreux, un certain nombre d'articles sont consacrés à l'hygiène hospitalière dans les revues spécialisées. On peut également noter que la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) s'est récemment intéressée au sujet en publiant un outil d'évaluation des coûts d'entretien des locaux hospitaliers en mai 2008, réactualisé en juillet 2009. Au-delà de l'examen de la documentation, des rencontres et des entretiens ont également été réalisés avec les acteurs clés sur le sujet afin d'en cerner les principaux enjeux : Direction des Ressources Humaines, Direction des Services Economiques et Logistiques, Direction Centrale des Soins des HCL et Direction des Soins du GHE, encadrement de l'équipe centralisée de l'HFME et de l'équipe logistique, Direction centrale des Affaires Economique et Logistique des HCL et unité d'hygiène et d'épidémiologie du GHE. Ces premières rencontres ont été complétées dans un second temps par des entretiens semi-directifs avec les cadres supérieurs ainsi que certains cadres et agents d'entretien des unités de soins des trois sites afin de connaître leur opinion sur les organisations en place. Au total, 25 personnes ont été interrogées dans ce cadre : 6 cadres supérieurs, 10 cadres de santé et 9 ASH. La grille utilisée à cette occasion a été adaptée selon les interlocuteurs. Le choix des unités a été réalisé de manière à retenir non seulement des unités de médecine et de chirurgie, mais également des unités présentant des exigences spécifiques dans le domaine de l'entretien des locaux tels que les réanimations, les blocs ou encore les secteurs de consultation. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique sous forme de tableaux. Ce travail a permis de dégager un certain nombre d'idées clés dont la fréquence est indiquée. Enfin, dans un souci de comparaison externe, des entretiens ont été réalisés avec plusieurs établissements ayant fait le choix d'externaliser l'entretien de leurs unités de soins. Un entretien sur place et deux entretiens téléphoniques ont été réalisés. La liste des personnes rencontrées, les grilles utilisées et les tableaux de synthèse des résultats

figurent dans les annexes II à VII. Les entretiens ont été complétés par l'observation diffuse et directe des agents à différentes occasions. La participation aux réunions tenues à la DRH en présence des syndicats a en effet permis d'observer les positions des différents acteurs sur le sujet. Le premier stage hospitalier a quant à lui été l'occasion d'accompagner les ASH dans les unités de soins et d'observer ainsi les tâches réalisées et l'organisation de leur travail au quotidien. Les données recueillies par ces différents moyens ont permis de procéder à l'analyse des situations existantes sur le GHE.

Après une présentation générale des différents types d'organisations retenues pour l'entretien des locaux au GHE (partie 1), l'analyse portera sur la comparaison de ces organisations entre elles d'un point de vue économique, management, qualité et conditions de travail (partie 2). Enfin, une mise en perspective permettra d'analyser plusieurs propositions d'évolution, entre le « faire » et le « faire faire » (partie 3).

1 L'entretien des locaux au Groupement Hospitalier Est : des organisations hétérogènes

1.1 Principes généraux de l'entretien des locaux en milieu hospitalier

1.1.1 Des enjeux multiples d'hygiène, de qualité d'accueil et de lutte contre les infections nosocomiales

L'objectif de l'entretien des locaux en milieu hospitalier est double. Il s'agit d'une part d'assurer la propreté des locaux et donc de participer à l'image de l'hôpital et à la qualité de l'accueil. D'autre part, l'entretien des locaux participe à la prévention du risque infectieux environnemental et permet de limiter la transmission des germes. Il doit tenir compte de la diversité des locaux hospitaliers. Les exigences varient en effet selon la nature des locaux, les activités qui y sont pratiquées, le type de patients accueillis, la durée moyenne de séjour ainsi que les actes médicaux effectués. Le guide du bionettoyage réalisé par la commission Centrale des Marchés en 1991⁶ classe ainsi les locaux en quatre zones selon le risque infectieux encouru par le patient. Chaque établissement, en lien avec son Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) peut adapter cette classification. L'expression « zone à risque » désigne un « local géographiquement défini et délimité dans lequel les sujets ou les produits sont particulièrement vulnérables à l'impact de la bio-contamination »⁷. Le degré de risque est évalué de 1 (risque faible) à 4 (très haut risque). Le tableau en annexe VIII reproduit la classification adoptée aux HCL.

Les fréquences des opérations d'entretien des locaux sont une donnée flexible. Les périodicités varient en effet suivant la classification des locaux, le taux d'occupation, les méthodes et les produits employés ainsi que les moyens en personnel. Les zones à risque minimale nécessitent un simple nettoyage quotidien tandis que les zones à haut risque requièrent un nettoyage-désinfection journalier voire pluriquotidien.

Les dispositions réglementaires traitant directement de l'entretien des locaux hospitaliers sont peu nombreuses. Aucun texte réglementaire ne régit véritablement le nettoyage des locaux en milieu hospitalier dans sa globalité. Le sujet est généralement abordé par le

⁶ GPEM/SL, 1991, *Guide du bionettoyage : recommandation n°E 1-90*, Paris : Direction des Journaux officiels

⁷ Ibid., page 59

biais des recommandations, normes et guides. Celles-ci sont notamment élaborées dans le cadre du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Le premier plan coordonné d'actions de lutte contre les infections nosocomiales a été lancé en 1995 par le Ministère de la Santé avec pour objectif de réduire le nombre des infections nosocomiales (Circulaire DGS/VS/VS2-DH/E01 n°17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participant au service public)⁸. Le dispositif se compose de différentes instances au plan national et local:

- dans les établissements de santé, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ;
- au niveau régional, cinq centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) relayés par les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN)
- au niveau ministériel le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) et la Société française d'hygiène hospitalière (SFHP).

L'entretien des locaux s'inscrit également dans la démarche de certification des établissements de santé. Le manuel de certification V2010 élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) consacre en effet le critère 7.d à l'hygiène des locaux hospitaliers : « L'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales. Afin d'assurer les conditions d'hygiène optimales des locaux, l'établissement s'appuie sur des choix adaptés de matériaux et de produits d'entretien, sur une organisation comportant des procédures d'entretien, sur la formation des professionnels, sur l'évaluation régulière de l'application des protocoles et procédures de bionettoyage et sur le respect de l'environnement ». D'après le guide du bionettoyage de l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris (AP-HP) « il est vraisemblable qu'à terme l'activité de nettoyage-bionettoyage sera de plus en plus encadrée » tant du point de vue des protocoles, des obligations de moyens et de résultats, de la démarche qualité et de formation⁹.

⁸ Précédée du décret n°88-657 du 6 mai 1988 qui a institué les comités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et de la circulaire n°263 du 13 octobre 1988 qui en précise le rôle, le fonctionnement et les missions.

⁹ AP-HP, avril 2004, *Nettoyage – Bionettoyage à l'AP-HP*, Tome 1, Paris, p. 16

1.1.2 L'organisation de l'entretien des locaux dans les établissements de santé : entre régie et concession

L'entretien des locaux constitue un poste important dans le budget hospitalier. Dans un contexte de restriction budgétaire, les établissements de santé sont donc de plus en plus nombreux à axer leur réflexion sur l'organisation de cette prestation. L'importance des dépenses liées à l'entretien des locaux en milieu hospitalier a ainsi conduit la MAINH à élaborer un outil destiné à simuler le coût de cette activité dans le cadre d'une externalisation complète de la prestation. L'entretien des locaux peut en effet être assuré en régie ou concédé à une société extérieure. Les locaux qui font le plus fréquemment l'objet d'une externalisation sont surtout les locaux administratifs ainsi que les communs : bureaux, circulations, accueils, services logistiques, etc. La plupart des hôpitaux ont néanmoins conservé l'entretien des secteurs directement dédiés aux soins, tels que les chambres des patients, en régie.

Dans un établissement hospitalier, il existe en effet trois secteurs spécifiques à nettoyer. Il s'agit tout d'abord des secteurs dits « communs » qui recouvrent par exemple les bureaux, les couloirs, les escaliers et les ascenseurs et qui relèvent des zones à faible risque. Ce sont ces parties qui sont le plus souvent externalisées dans la mesure où elles n'impliquent pas un niveau d'exigence aussi élevé que dans les zones de soins. Les secteurs à risque moyen que sont les services de soins font en effet moins souvent l'objet d'une sous-traitance. Il arrive néanmoins que ces secteurs soient concédés, éventuellement par une entreprise différente de celle qui s'occupe des secteurs communs et qui offre un personnel et un encadrement mieux formé et qualifié. Enfin, les secteurs à haut risque comme par exemple les blocs opératoires ou encore les services de réanimation ou de néonatalogie sont le moins souvent externalisés car ils nécessitent un niveau d'exigence très élevé¹⁰.

Néanmoins, les hôpitaux ayant procédé à une externalisation totale de l'entretien de leurs locaux se sont développés depuis quelques années. Dans un contexte de restriction budgétaire et de recherche d'économies, on observe en effet une volonté au sein des établissements de santé de se recentrer sur leur cœur de métier, à savoir le soin aux patients. La motivation des décisions d'externalisation est ainsi généralement d'abord financière.

¹⁰ ISRAËL M., septembre 2005, « Se recentrer sur son cœur de métier », Regards de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, n°37, p. 23

1.2 Des organisations diversifiées sur les différents sites du GHE issues de l'histoire des HCL

1.2.1 Présentation générale de la fonction entretien des locaux au GHE

L'entretien des locaux au GHE fait intervenir quatre types d'acteurs :

- les agents ASH et ASD des unités de soins chargés de l'entretien des locaux,
- l'équipe centralisée d'entretien des locaux de l'HFME,
- l'équipe logistique « Hygiène et propreté »,
- une entreprise extérieure de nettoyage pour la partie externalisée.

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les deux grandes modalités d'organisation retenues au GHE.

Modalités d'organisation de l'entretien des locaux au GHE

	HFME	Hôpitaux cardiologique et neurologique
Communs	Entreprise extérieure	Equipe logistique
Unités de soins	Equipe centralisée d'ASH	ASH et ASD des unités de soins
Entretiens à fond	Equipe centralisée d'ASH	Equipe logistique

Les plans présentés en annexe IX et X permettent de repérer les lieux d'intervention de ces différents acteurs. Le périmètre de l'analyse porte sur les unités de soins, les secteurs de consultations et les blocs. Les secteurs d'imagerie, les laboratoires, la pharmacie et la médecine nucléaire ne sont donc pas concernés par cette étude. La répartition des services étudiés entre les différents pôles figure en annexe XII. Il faut néanmoins noter que les effectifs de l'équipe centralisée de l'HFME prennent en charge le service d'imagerie qui se trouve en dehors de l'analyse pour les autres sites.

A) Une organisation classique aux HCL sur les hôpitaux neurologique et cardiologique

a) *L'entretien des unités de soins par les ASH et les ASD des équipes soignantes*

L'entretien des unités de soins est assuré par les équipes soignantes de chaque service au sein des hôpitaux neurologique et cardiologique. Les ASH et les ASD se partagent en effet les tâches d'entretien. Les effectifs d'ASH ont été définis de manière restrictive. La majorité des unités sont dotées d'un ASH présent du lundi au vendredi sur des horaires de semaine, notamment dans les services de médecine. Certains secteurs tels que les services de neurochirurgie, les secteurs de réanimation ou encore le bloc disposent néanmoins de plusieurs ASH présents du lundi au dimanche. Les remplacements ne sont

pas systématiquement assurés et les pools sont peu pourvus. Seul un agent à temps plein est affecté au pool pour l'ensemble de l'hôpital cardiologique et trois sur l'hôpital neurologique. Les services se sont parfois rapprochés par étage ou par spécialité (médecine, chirurgie, pédiatrie) afin de mutualiser le personnel durant les périodes de congés d'été ou hivernaux. Néanmoins, une grande partie des tâches d'entretien et d'hygiène sont prises en charge par les ASD, au-delà de ce que prévoient les textes. L'aide soignant est en effet chargé du nettoyage de l'environnement direct du patient. Ainsi, d'après la circulaire n°96-31 du 19 janvier 1996 portant sur les missions des aides-soignants, l'infirmière et l'aide soignant ou l'auxiliaire de puériculture 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...) »¹¹. Dans la majorité des services, les ASD sont cependant amenées à exercer des tâches d'entretien au-delà de l'environnement direct du patient.

Peu de textes régissent en revanche l'activité des ASH. D'après le décret 2007-1188 du 3 août 2007¹², 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 également « la désinfection des locaux, des vêtements et du matériel et concourent au maintien de l'hygiène hospitalière. ». Les ASH peuvent exercer différents métiers à l'hôpital : brancardage, blanchisserie, entretien des locaux, etc. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière consacre une fiche aux « agents de bionettoyage ». L'agent de bionettoyage est chargé « de réaliser les opérations de nettoyage et/ou de bionettoyage dans les différents secteurs de l'établissement (...). Dans certains établissements, l'agent de bionettoyage prend également en charge des tâches hôtelières (mise en température, distribution des repas, gestion du linge ...) ». Au sein des unités de soins des hôpitaux neurologique et cardiologique, les ASH sont généralement chargés de l'entretien des locaux en dehors de l'environnement direct du patient : locaux communs des unités de soins, sols, sanitaires, etc. Ils exercent également des tâches annexes dont le périmètre et la nature varient selon les secteurs concernés. Il s'agit par exemple des courses, de la gestion du linge, de la participation à la distribution des repas ou encore de l'accompagnement des patients lors de leur mutation au sein de l'établissement.

¹¹ Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative aux rôles et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements de santé.

¹² Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. 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. Journal officiel : n°41 du 17 février 2007, 2920

Les profils de poste reflètent cette répartition particulière des tâches d'entretien entre ASH et ASD. Ils prévoient bien la participation des ASD aux tâches de nettoyage, au-delà de l'environnement direct du patient. Il ne s'agit donc pas d'une « dérive » mais d'une situation officialisée dans les organisations. Ainsi, les principales tâches prévues par les profils de poste pour les ASD dans les domaines de l'hygiène et du nettoyage sont les suivantes (cf. annexe XII):

- nettoyage et désinfection quotidienne du mobilier et des accessoires sanitaires
- nettoyage et désinfection globale de la chambre lors du départ du malade
- participation à l'entretien des locaux communs.

Parallèlement, l'examen du profil de poste des ASH révèle que ceux-ci prennent en charge des tâches annexes, en plus de l'entretien des locaux (cf. annexe XIII). La description de leurs missions comprend en effet des tâches d'hygiène (entretien des locaux communs de l'unité ainsi que du sol et des sanitaires des chambres) mais également un certain nombre de tâches annexes dans différents domaines : accueil et orientation des patients et des familles, participation aux tâches d'hôtellerie en collaboration avec l'ASD (mise en température des repas, aide à la distribution des repas, vaisselle), gestion des produits alimentaires et d'hygiène, gestion du linge et des courses (examens, dossiers, pharmacie, etc.). Dans certaines unités spécifiques, les ASH prennent également en charge des tâches de brancardage (consultations, réanimation). Néanmoins, ces tâches « annexes » tendent aujourd'hui à se réduire. Les différents hôpitaux du GHE ont en effet été équipés d'un pneumatique, réduisant ainsi par exemple les transports d'examen au laboratoire. Les résultats d'examen d'imagerie sont désormais communiqués directement dans les services sur le logiciel CRISTALNET. Enfin, la mise en place d'un service central de brancardage pour l'ensemble du GHE est actuellement à l'étude, réduisant ainsi les tâches résiduelles exercées dans ce domaine par certains ASH.

L'examen des profils de poste laisse donc apparaître que les ASH et les ASD participent à l'entretien des locaux hors environnement direct des patients sans véritable distinction de rôle. Dans la pratique, les entretiens réalisés avec les cadres des unités de soins et les agents d'entretien confirment qu'il n'existe souvent pas de séparation claire entre les tâches exercées par les ASD et les ASH.

b) L'entretien des communs par la logistique

L'entretien des locaux communs des hôpitaux neurologique et cardiologique est assuré par le service « Hygiène et propreté » rattaché à la Direction des services économiques et logistiques (DSEL). L'équipe est encadrée par un agent chef issu de la filière ouvrière assisté d'un adjoint ayant le grade d'ouvrier professionnel qualifié. Elle regroupe 23 ETP,

soit 23 agents physiques. L'équipe est composée à 55% d'agents d'entretien qualifiés (AEQ), 30% d'ouvriers professionnels qualifiés (OPQ) et 15% de maîtres ouvriers (MO). Elle a pour mission d'assurer l'entretien des bureaux et des parties communes des hôpitaux neurologique et cardiologique (circulations, ascenseurs, halls, escaliers) jusque dans les unités de soins. Elle prend également en charge l'internat, une partie du self et les locaux de la direction. Ces locaux représentent au total une surface de 27 412 m². La répartition de ces surfaces par type de local et par bâtiment figure en annexe XIV.

B) Une volonté de mutualisation et de rationalisation des organisations sur le nouvel Hôpital Femme Mère Enfant

a) *Entretien des unités de soins par une équipe centralisée de bionettoyage*

A l'ouverture de l'HFME, une équipe centralisée d'entretien des locaux comprenant 87 agents a été créée pour intervenir dans les unités de soins. Cette équipe a été constituée à partir du regroupement d'agents issus de plusieurs sites des HCL et de divers secteurs d'activité en intégrant du personnel recruté. Cette mise en place s'est accompagnée de différences importantes dans les habitudes de travail, le rattachement hiérarchique et les cultures. Les agents ont du s'adapter à de nouveaux locaux et de nouvelles conditions de travail, rendant ainsi le démarrage difficile.

- Un contexte particulier : l'ouverture du nouvel Hôpital Femme Mère Enfant

L'ouverture de l'Hôpital Femme Mère Enfant s'est accompagnée d'un changement d'organisation pour les équipes d'ASH issues des autres sites des HCL, à savoir l'Hôpital Edouard Herriot dont les activités de gynécologie et d'obstétrique ont rejoint le GHE et l'Hôpital Debrousse qui a fermé ses portes. A l'Hôpital Edouard Herriot, l'entretien des locaux était organisé de manière classique aux HCL, comparable à l'organisation actuelle des hôpitaux neurologique et cardiologique. Les ASH étaient en effet intégrés aux équipes et rattachés directement aux cadres des unités de soins. Ils prenaient en charge l'entretien des communs et des chambres en lien avec les ASD mais également des tâches annexes selon les secteurs auxquelles ils appartenaient (courses, transports, tâches hôtelières, etc.). Les agents les plus anciens de l'hôpital Debrousse ont quant à eux connu deux types d'organisations au cours des années ayant précédé leur arrivée à l'HFME. Une équipe centralisée d'ASH sous la responsabilité d'un cadre dédié avait en effet été mise en place. Néanmoins, face aux difficultés rencontrées, la décision a été prise de réaffecter les ASH dans les unités de soins. Cette expérience a considérablement marqué les cadres et les agents issus de cet hôpital. Les entretiens réalisés révèlent que l'équipe centralisée a fait l'objet de nombreuses critiques à

l'époque : sentiment de mise à l'écart des agents, manque d'appartenance aux unités de soins, instabilité des équipes, absentéisme, manque d'implication et de continuité dans le travail, etc. Les critiques ont été similaires au moment de l'installation au GHE.

L'ouverture du nouvel hôpital femme mère enfant a été préparée par une équipe dédiée, l'Equipe Projet HFME. Ce projet a été l'occasion de construire de nouvelles organisations avec pour objectif de permettre aux équipes soignantes de se recentrer sur leur cœur de métier en se dégageant des fonctions « tertiaires » telles que la gestion du linge, les transports ou l'entretien des locaux pour lesquelles des équipes dédiées ont été mises en place. Les ASH ont donc été regroupées au sein d'une équipe unique gérée par un cadre dédié en collaboration avec les cadres des unités, notamment pour l'évaluation des prestations fournies. Ce regroupement devait permettre à la fois de professionnaliser les équipes et d'optimiser l'organisation et la gestion des remplacements. Dans un contexte de restriction budgétaire, l'équipe projet souhaitait en effet optimiser la répartition des compétences entre ASH et ASD dans les services. La mise en place de cette nouvelle organisation s'est donc accompagnée d'une réflexion sur la dissociation entre les profils de poste de ces deux catégories professionnelles.

- Un profil de poste ASH recentré sur l'entretien des locaux

Un profil de poste définissant précisément les tâches des ASH a été élaboré. Celles-ci ont été recentrées sur l'entretien des locaux (cf. annexe XV). L'objectif était d'inscrire l'équipe d'ASH dans une logique de prestataire de service envers les unités de soins et d'en faire une équipe professionnalisée, ciblée sur le nettoyage des locaux. L'accent a été mis sur la contribution des ASH à l'hygiène hospitalière et à la lutte contre les infections nosocomiales. Les entretiens réalisés avec les différents membres de l'équipe projet révèlent bien une volonté de valoriser la fonction ASH par leur professionnalisation autour de la notion d'hygiène. Les courses ainsi que les tâches hôtelières ne font ainsi plus partie des missions des ASH. Le profil de poste HCL prévoit que les ASH concourent à la prévention des infections nosocomiales, au bien-être des patients, à la qualité de la prestation de nettoyage ainsi qu'à « l'image de marque de l'établissement hospitalier, en assurant quotidiennement l'entretien des différents secteurs de soins ». Il est également précisé que l'ASH assure l'entretien des locaux et du mobilier internes aux secteurs de soins, en dehors de l'environnement proche du patient. Les tâches réalisées ne sont donc pas les mêmes que sur les hôpitaux neurologique et cardiologique.

La redéfinition des tâches des ASH autour de l'entretien des locaux devait permettre aux ASD de se recentrer sur leur cœur de métier en se dégageant des tâches d'entretien qui ne concernent pas l'environnement direct du patient. Les effectifs ont donc été dimensionnés en conséquence. Il s'agissait non seulement de réaliser des économies, mais également de revaloriser la fonction des ASD, et ce notamment vis-à-vis des

auxiliaires de puériculture (AP) dans les services d'obstétrique et de pédiatrie. Bien que relevant du même grade, les tâches d'entretien revenaient en effet davantage aux ASD qu'aux AP. La redéfinition des tâches et des effectifs des ASH devait ainsi contribuer à replacer les ASD et les AP sur un pied d'égalité.

- Le dimensionnement de l'équipe

Le dimensionnement de l'équipe centralisée d'ASH a été travaillé par l'équipe projet selon le profil de poste HCL. Les temps de courses et autres tâches annexes n'ont donc pas été pris en compte dans le calcul des effectifs. Le calcul a d'abord été réalisé par rapport à des cadences et des ratios d'ETP par m² avec des adaptations selon les caractéristiques des locaux et des services concernés. Le dimensionnement initial était de 86,5 ETP auxquels se sont ajoutés par la suite 2 ETP avec l'arrivée d'un nouveau service. Les agents issus de l'hôpital Debrousse et de l'hôpital Edouard Herriot ont fait l'objet d'un plan d'accompagnement social. Il leur a été demandé de formuler trois choix par ordre de préférence pour leur affectation. Néanmoins, ce plan d'accompagnement n'a pas suffi à couvrir les besoins du nouvel hôpital et il a donc été procédé au recrutement de nouveaux agents contractuels qui ont été intégrés à l'équipe.

L'encadrement de l'équipe est assuré par un agent ayant le grade de technicien supérieur hospitalier. Face aux difficultés de gestion liées à la taille de l'équipe, un cadre adjoint, issu de la filière soignante (IDE) a été recruté. Celui-ci est davantage chargé du lien avec les cadres des unités de soins et du suivi des agents sur le terrain. On compte donc au total 2 ETP d'encadrement.

- Une organisation en secteurs

Afin de favoriser la polyvalence des agents et de faciliter les remplacements, les ASH de l'équipe centralisée sont ainsi amenés à intervenir dans différents services de l'établissement. Les effectifs ont été regroupés par secteurs et un pool de 14,5 ETP a été constitué afin de répondre aux besoins de remplacement liés aux congés et RTT ainsi qu'à une partie de l'absentéisme. Au départ, l'équipe était divisée en 10 secteurs dont la taille pouvait varier. Néanmoins, face aux difficultés de gestion et de management, les secteurs les plus importants ont été divisés. L'équipe est ainsi actuellement organisée en quatorze secteurs, chacun comprenant un à trois services. Le tableau figurant en annexe XVI présente de manière synthétique la répartition des postes de travail entre ces différents secteurs. Le principe général retenu pour la répartition des effectifs est la mutualisation des professionnels sur les unités d'hospitalisation adulte et enfant les week-end et jours fériés. Des postes de nuit ont également été prévus pour les blocs et les secteurs d'accueil pédiatrique (urgences), gynécologique et obstétrique.

- Communication lors de l'ouverture

Des réunions d'information et de travail ont été organisées dès avril 2006 afin de présenter aux cadres des unités de soins l'organisation de la fonction nettoyage sur le nouvel hôpital et de discuter de la répartition des professionnels ASH qui assureront cette prestation ainsi que de leurs amplitudes de travail journalière et hebdomadaire. Les fiches de poste détaillées des différents secteurs ont ensuite été élaborées en lien avec l'encadrement des unités concernées. Après l'ouverture de l'hôpital, ces fiches ont pu faire l'objet de réajustements en fonction des besoins qui se sont révélés dans certaines unités.

b) *Entretien des communs par une société extérieure*

Au moment de la préparation du déménagement, la question de l'organisation à retenir pour l'entretien des parties communes s'est posée. Deux solutions paraissaient envisageables : renforcer l'équipe logistique Hygiène et propreté pour lui permettre de prendre en charge les nouvelles surfaces ou faire appel à une entreprise extérieure. D'après les calculs réalisés par la DSEL, l'hypothèse de la concession devait permettre de réaliser un peu plus de 10% d'économies par rapport à la régie. Compte tenu de la nécessité de dégager des économies, la sous-traitance à une société extérieure a donc été privilégiée. L'entretien des locaux a été confié à l'entreprise détenant le marché HCL. La société prend en charge une surface d'environ 18 300 m². Le tableau en annexe XVII donne la répartition des surfaces par type de local. La société intervient pour l'entretien des communs en dehors des unités de soins. La prestation s'arrête donc à la porte de l'unité. Dès lors, l'entretien des circulations et des bureaux à l'intérieur des services est pris en charge par les ASH de l'équipe centralisée, contrairement aux hôpitaux neurologique et cardiologique où ces surfaces sont entretenues par l'équipe logistique. Le contrôle de la prestation est assuré par le cadre de l'équipe logistique Hygiène et propreté qui y consacre environ 50% de son temps.

Le coût total annuel de la prestation est de 275 902,56 euros TTC (soit 22 991,88 euros par mois) se répartissant ainsi :

- 251 651,32 euros TTC pour l'HFME,
- 13 807,2 euros TTC pour l'internat,
- 6884,4 euros TTC pour le bâtiment administratif,
- 2720,64 euros TTC pour le service social et l'UHIM.

Il faut ajouter à ce montant le coût du contrôle qui doit être assuré en interne. Compte tenu du coût moyen annuel d'un agent de maîtrise aux HCL (37 223 euros par an TTC), le montant s'élève donc à 294 514,06 euros TTC par an, soit environ 16 euros par m². Il faut

noter que ce montant est relativement peu élevé. L'entreprise retenue pour le marché des HCL propose en effet des prix relativement bas par rapport à la moyenne du marché. Les entretiens réalisés avec les responsables des services économiques en central et en local, ainsi qu'avec les cadres des unités de soins ont cependant révélé que la qualité de la prestation n'était pas toujours optimale, notamment au début du marché.

1.2.2 Des organisations hétérogènes

A) Le personnel en charge de l'entretien des locaux dans les unités de soins

L'entretien des locaux des unités de soins est assuré par des agents issus en majorité de la filière soignante mais également ouvrière. Au sein de la filière soignante, il s'agit tout d'abord des agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) dont le recrutement est ouvert sans condition de titres ou de diplômes. Les ASHQ constituent un corps de catégorie C comportant un grade unique. Les aides-soignants diplômés (ASD) et les auxiliaires de puériculture (AP) participent également aux tâches de nettoyage. Ils sont titulaires d'un Diplôme d'État qui se prépare en une année dans un institut de formation agréé. Le corps des aides soignants comprend les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture.

Il arrive également que les agents assurant l'entretien des locaux dans les unités de soins soient issus de la filière ouvrière. C'est le cas par exemple des anciennes aides hôtelières qui ont été affectées à l'entretien des unités suite à la suppression de ce métier aux HCL. Dans ce cas, les agents peuvent posséder le grade d'ouvriers professionnels qualifiés (OPQ), de maître ouvrier (MO) ou encore d'agent d'entretien qualifiés (AEQ). Ces agents détiennent généralement un niveau BEP ou CAP.

a) Les équipes ASHQ, OPQ, MO et AEQ des unités de soins

Afin de faciliter les comparaisons et de s'inscrire dans la logique de l'EPRD, le choix a été fait de considérer les effectifs rémunérés. Les données ci-dessous tiennent donc compte des contractuels recrutés temporairement en remplacement d'agents absents. Elles ont été obtenues par extraction du logiciel de paye. Le périmètre correspond bien aux services de soins des différents sites du GHE (unités d'hospitalisation, consultations, blocs opératoires, réanimation). Les ASHQ, AEQ, OP et MO exerçant des tâches autres que l'entretien (brancardage, accueil, diététique etc.) ont été sortis des effectifs.

Effectifs et répartition selon les statuts

En avril 2009, les effectifs rémunérés des équipes ASHQ, OPQ-MO et AEQ sur des fonctions entretien s'élevaient à :

- Equipe centralisée d'entretien des locaux de l'HFME : 90,6 ETP, soit 92 agents physiques
- Hôpital cardiologique : 31,5 ETP, soit 33 agents physiques
- Hôpital neurologique : 39,4 ETP, soit 41 agents physiques

Les équipes sont constituées à près de 90% d'agents ayant le grade d'ASHQ.

Effectifs rémunérés ASHQ, OP, MO et AEQ en avril 2009

	ETP réels rémunérés				Agents physiques rémunérés			
	ASHQ	OP-MO	AEQ	Total	ASHQ	OP-MO	AEQ	Total
HFME	82,6	5	3	90,6	84	5	3	92
CARDIO	27,5	1	2	31,5	29	1	2	33
NEURO	35,05	2,75	1,6	39,4	36	3	2	41

Ces données donnent une représentation des effectifs affectés à l'entretien des locaux sur les gardes ASHQ, AEQ, OP et MO à un instant T. Afin de compléter ces résultats, il convient d'examiner les effectifs moyens rémunérés. La période de janvier 2009 à juin 2009 a été retenue pour l'analyse.

Effectifs rémunérés moyens ASHQ, OP, MO et AEQ de janvier 2009 à juin 2009

	ETP réels moyens rémunérés			
	ASHQ	OP-MO	AEQ	Total
HFME	83,5	5,81	4,5	93,81
CARDIO	27,78	1	2	30,78
NEURO	34,7	2,75	2	39,45

Compte tenu du caractère relativement peu élevé des écarts constatés¹³, on pourra retenir les effectifs rémunérés en avril 2009 pour l'analyse de la répartition des effectifs selon le type de contrat et de la pyramide des âges.

Répartition des effectifs selon le type de contrat

La répartition des agents selon le type de contrat est donnée dans le tableau ci-dessous. On observe que l'HFME possède en proportion davantage de contractuels. Cet aspect

¹³ Le plus gros écart constaté reste faible et porte sur l'équipe de l'HFME (+3,5%) qui est également celle qui connaît le plus d'instabilité et de remplacements.

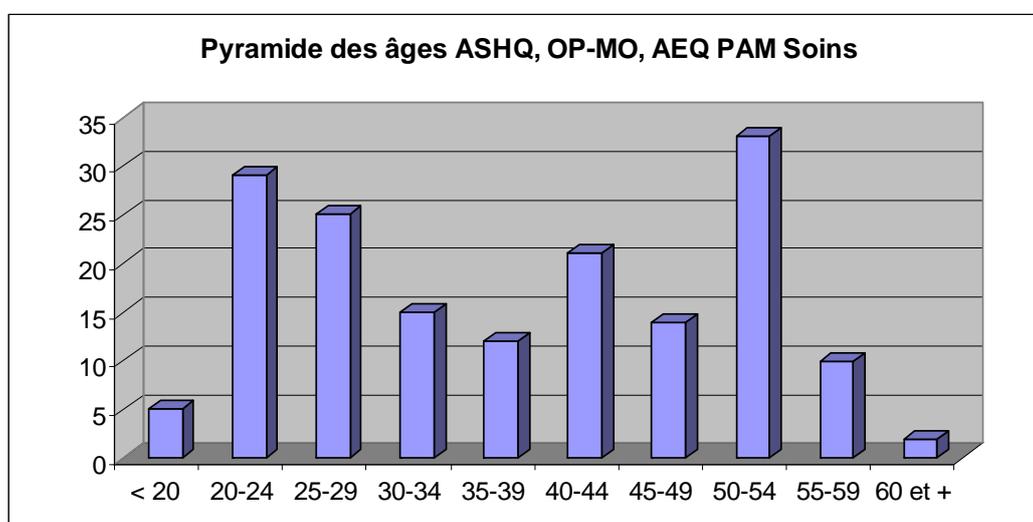
s'explique en partie par les recrutements qui ont été nécessaires au moment de l'installation afin d'atteindre le dimensionnement prévu (environ 15% des effectifs). La part élevée d'agents contractuels au sein de l'équipe est également due à des remplacements d'absentéisme plus fréquents que sur les hôpitaux neurologique et cardiologique. Compte tenu de ces précisions, il n'en reste pas moins que l'équipe de l'HFME comprend relativement plus d'agents contractuels que celle des hôpitaux neurologique et cardiologique. Il s'agit d'une donnée qui, comme nous le verrons dans la seconde partie, s'explique en partie par les difficultés rencontrées sur l'HFME en termes de fidélisation des agents et de stabilité des équipes.

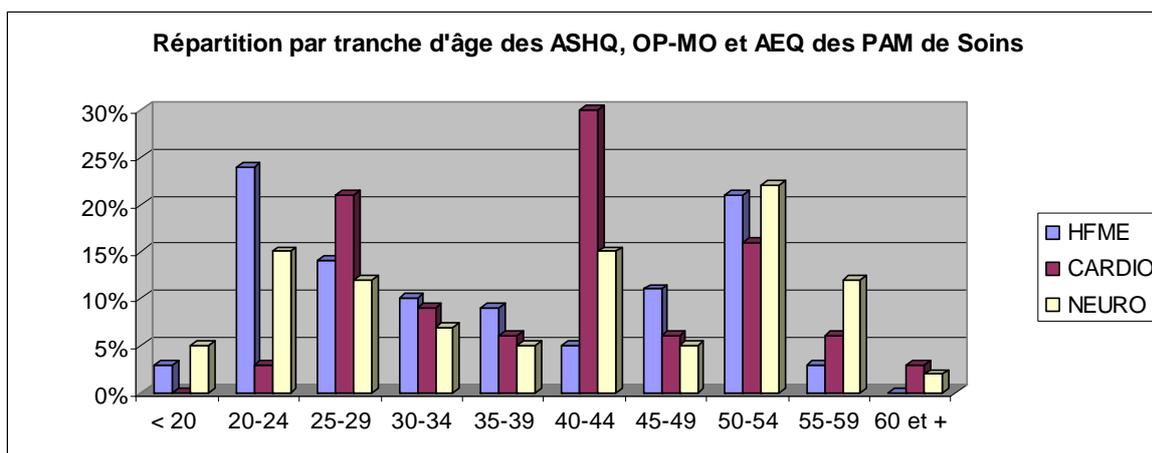
Répartition des agents ASHQ, OP-MO et AEQ selon le type de contrat en avril 2009

	Titulaires	Stagiaires	Contractuels
HFME	47%	14%	39%
CARDIO	70%	15%	15%
NEURO	68%	17%	15%

Pyramide des âges

La pyramide des âges des agents ASHQ, AEQ, OP et MO participant à l'entretien des locaux ainsi que leur répartition par tranche d'âge et par site figure dans les graphiques ci-dessous. La situation des différents sites est globalement comparable. On observe néanmoins que les agents issus de l'équipe centralisée du nouvel hôpital HFME sont sensiblement plus jeunes que les agents des hôpitaux neurologique et cardiologique. La majorité des effectifs de l'HFME se situe en dessous de 40 ans tandis que pour les hôpitaux neurologique et cardiologique, elle se situe légèrement au dessus de cette tranche d'âge.





b) Effectifs ASD et AP

Effectifs

Le tableau ci-dessous reprend les effectifs rémunérés en avril 2009 d'ASD et d'AP des services de soins des différents sites :

- Hôpital Femme Mère Enfant : 354 ETP soit 374 agents physiques
- Hôpital Cardiologique : 231 ETP soit 239 agents physiques
- Hôpital Neurologique : 252 ETP soit 265 agents physiques.

La comparaison aux effectifs moyens rémunérés de janvier à juin 2009 révèle davantage d'écart que pour les ASH. Néanmoins, compte tenu de la taille des équipes, ces écarts peuvent être considérés comme raisonnables.

Effectifs rémunérés ASD et AP en avril 2009

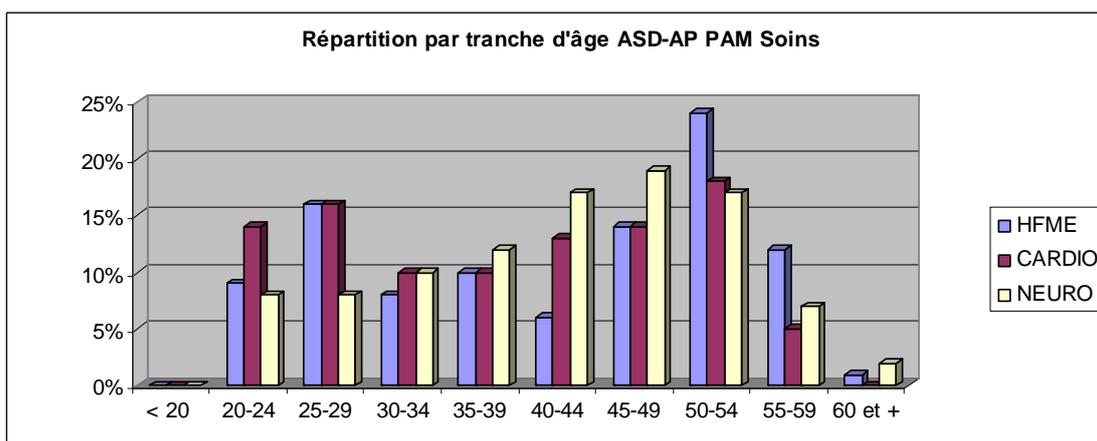
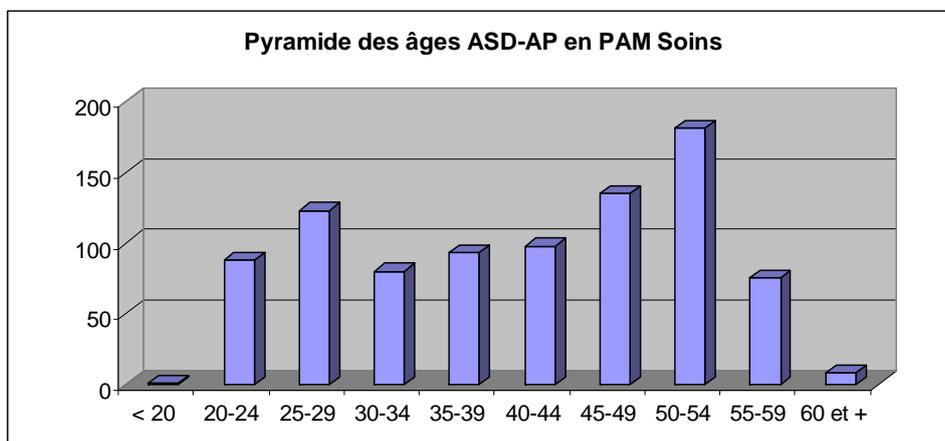
	ETP	Agents physiques
HFME	353,95	374
CARDIO	231,18	239
NEURO	252,38	265

Effectifs moyens rémunérés ASD et AP entre janvier 2009 et juin 2009

	ETP
HFME	367,55
CARDIO	227,34
NEURO	242,73

Pyramide des âges

Les graphiques ci-dessous donnent la pyramide des âges des ASD et AP sur l'ensemble du GHE ainsi que leur répartition par tranche d'âge par site. Là encore, les pyramides sont similaires d'un site à un autre. Le pic se situe sur la tranche des 50-54 ans pour l'HFME et l'hôpital cardiologique et sur la tranche des 45-49 ans pour l'hôpital neurologique.



c) Ratios ASH/ASD

Compte tenu de la diversité des fiches de poste, il est intéressant de comparer la part respective des ASHQ et des ASD-AP dans les services de soins. Les calculs sont basés sur les effectifs physiques rémunérés en avril 2009.

Part des ASHQ, OP-MO et AEQ dans le total ASHQ + OP-MO + AEQ + ASD-AP

HFME	CARDIO	NEURO
20%	12%	13%

Une autre manière de présenter les résultats consiste à examiner le nombre d'ASD-AP pour un agent d'entretien (ASHQ, OP-MO et AEQ) :

- HFME : 4 ASD-AP pour un agent d'entretien
- Cardio : 7 ASD-AP pour un agent d'entretien
- Neuro : 6,5 ASD-AP pour un agent d'entretien

Ces résultats s'expliquent en partie par les différences dans la répartition des tâches entre ASD-AP et agents d'entretien sur les différents sites du groupement. Dans les établissements où les ASD participent à l'entretien des locaux au-delà de l'environnement direct du patient, la part des agents d'entretien dans les effectifs est relativement plus faible qu'à l'HFME.

B) Les surfaces prises en charge

Comme indiqué en introduction, l'étude des surfaces prises en charge par les différentes équipes dans les unités de soins pose des difficultés méthodologiques au GHE liées au recueil des données. Les outils techniques qui faciliteraient cette analyse en permettant une extraction informatique des surfaces à partir des plans et leur classification ne sont pas encore finalisés. En attendant, les données présentées ci-dessous sont donc évaluatives. Elles ont été obtenues à partir de l'étude des plans d'architecte du GHE. Néanmoins, compte tenu des volumes, ces données permettent d'avoir une idée générale de la répartition des locaux entre les différents intervenants au GHE.

Surfaces prises en charge en m² (estimation à partir de l'étude des plans)

	Equipe centralisée HFME	ASH et ASD Cardio	ASH et ASD Neuro
TOTAL	30 300	14 500	15 300
Dont Bloc	3 500	1 800	2 600
Dont Réanimation et néonatalogie	2 850	1 110	2 030
Dont Imagerie	2 500	SANS OBJET	SANS OBJET
Dont Urgences (accueil et UHCD)	1 850	SANS OBJET	SANS OBJET

C) Les modalités d'évaluation

Le manuel de certification V2010 de la HAS insiste sur l'importance de l'évaluation dans le domaine de l'hygiène et de l'entretien des locaux. Selon le critère 7.d précédemment cité, des évaluations à périodicité définie doivent en effet être organisées avec l'équipe d'hygiène et/ou le CLIN et des actions d'amélioration mises en oeuvre.

De manière générale, l'évaluation de la qualité du nettoyage semble inégalement développée sur les différents sites du GHE. Sur l'HFME, des audits qualité ponctuels ont été mis en place par l'encadrement de l'équipe centralisée de bionettoyage en lien avec l'unité d'hygiène et d'épidémiologie. Ils sont suivis d'un bilan avec l'équipe pour reprendre les points positifs et négatifs observés durant l'audit. Des fiches de traçabilité ont également été mises en place pour suivre la réalisation de certaines tâches comme par exemple le nettoyage à fond. Sur les hôpitaux neurologique et cardiologique, les modalités de contrôle de la qualité de la prestation de nettoyage apparaissent plus diffuses et inégalement développées selon les secteurs concernés. De manière générale, les cadres font remarquer directement les dysfonctionnements observés aux agents de leurs unités. Des observations des pratiques professionnelles peuvent également être réalisées à la demande par l'unité d'hygiène et d'épidémiologie. Si certains secteurs ont mis en place des fiches de traçabilité, leur degré de développement et d'utilisation reste inégal. De manière générale, les cadres de santé soulignent la difficulté à mettre en place des procédures d'évaluation qualité dans le domaine du nettoyage. Celles-ci sont en effet généralement perçues comme un contrôle par les agents d'entretien peu habitués à ce type de démarche.

D) Les liens avec l'unité d'hygiène

L'unité d'hygiène et d'épidémiologie anime le réseau des correspondants en hygiène hospitalière au sein du GHE auquel les agents d'entretien sont appelés à participer. Elle joue un rôle de coordination des différents acteurs dans la lutte contre les infections nosocomiales. Elle est notamment chargée de la formation et de l'information des agents dans le domaine de l'hygiène et de la lutte contre les infections nosocomiales et participe également à la rédaction des protocoles d'entretien des locaux. En tant que service transversal, elle est amenée à travailler avec les différents acteurs de l'entretien des locaux et doit donc adapter ses méthodes à la diversité des organisations en place. De ce point de vue, l'organisation en équipe centralisée pour l'HFME permet de diffuser plus rapidement les nouvelles pratiques ou protocoles que dans les hôpitaux neurologique et cardiologique où les acteurs de l'entretien des locaux sont plus dispersés. L'équipe centralisée donne une certaine visibilité au métier d'ASH en valorisant la participation des agents à l'hygiène générale de l'hôpital et à la lutte contre les infections nosocomiales. Cette spécialisation sur l'hygiène permet également de généraliser plus facilement les

nouvelles pratiques, comme par exemple l'utilisation des auto-laveuses. Alors que celle-ci a pu être réalisée sans difficulté à l'HFME, des résistances se sont fait sentir sur les autres sites du GHE, notamment de la part des ASD. Les entretiens réalisés auprès des cadres ont en effet révélé que l'entretien des locaux ne constitue souvent pas la partie la plus valorisante de la fonction des ASD. Dès lors, celles-ci ne sont pas forcément motivées par l'acquisition de nouvelles pratiques dans ce domaine.

E) La Formation

Conformément aux recommandations du CCLIN Sud-Est¹⁴, les personnels en charge de l'entretien des locaux hospitaliers doivent bénéficier d'une formation appropriée dans ce domaine. Le personnel paramédical (ASD et AP) ainsi que les agents issus de la filière ouvrière bénéficie d'un enseignement en hygiène au cours de leur formation. Néanmoins les agents des services hospitaliers qualifiés ne sont pas toujours diplômés dans ce domaine au moment de leur recrutement. Il est donc important qu'une formation théorique et pratique leur soit dispensée suite à leur embauche. De plus, une formation continue doit être instaurée pour l'ensemble du personnel prenant en charge l'entretien des locaux. Le manuel de certification V2010 met en effet l'accent sur l'importance de la formation continue des professionnels en charge du nettoyage à l'hôpital afin d'actualiser leurs connaissances. Conformément à ces recommandations, la formation des agents nouvellement recrutés sur les tâches d'hygiène et d'entretien est assurée par l'unité d'hygiène et d'épidémiologie au GHE. Celle-ci prend également en charge la formation des correspondants en hygiène dont font partie les ASH. Ce dispositif est complété par des formations destinées à prévenir le risque infectieux prévues par le plan de formation du GHE.

¹⁴ CCLIN SUD-EST, mai 2004, *Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux*

2 Une volonté d'optimiser les organisations

2.1 Un contexte politique et institutionnel marqué par un souci de maîtrise budgétaire et de rationalisation des organisations

2.1.1 Un contexte de restriction budgétaire et de réflexion sur les sources d'économies potentielles

Les Hospices Civils de Lyon connaissent aujourd'hui une situation financière dégradée liée notamment à une forte progression des investissements sur les dernières années et à une augmentation des charges financières. Le déficit consolidé prévu pour 2009 s'élève ainsi à 69 millions d'euros. Cette situation s'inscrit dans un contexte national marqué par une faible évolution des tarifs T2A et le passage à la T2A à 100% dès 2008 au lieu de 2012. Face à ce constat, il apparaît nécessaire de dégager des sources d'économies. A ce titre, les dépenses de personnel qui représentent environ 70% du budget d'exploitation des établissements publics de santé peuvent constituer un levier d'action pertinent.

Un séminaire de Direction s'est tenu aux HCL en novembre 2007 afin de réfléchir à ces questions. Il a débouché sur la mise en place de plusieurs groupes de travail dont l'un a été plus particulièrement chargé de mener une réflexion sur les moyens d'améliorer l'efficacité au sein des HCL. Plusieurs pistes ont ainsi pu être dégagées. Concernant le personnel non médical (PNM), les mesures envisagées visent globalement à réduire les dépenses en optimisant le niveau des compétences au sein des services. L'une d'entre elles porte sur la répartition des fonctions ASH et ASD dans les unités de soins afin de dégager des économies.

Parallèlement à ces travaux, un audit sur les fonctions ressources humaines a été conduit par un cabinet de conseil extérieur entre fin 2008 et avril 2009. Celui-ci a surtout porté sur une comparaison globale des effectifs intra HCL et inter CHU mais constitue un autre indicateur de la volonté de rationalisation des HCL dans le domaine des ressources humaines.

2.1.2 Les contraintes institutionnelles

La réorganisation de l'entretien des locaux doit tenir compte d'un certain nombre de contraintes institutionnelles. Il s'agit essentiellement de la démarche des effectifs cibles et de la publication du profil de poste HCL pour les ASH.

Des « effectifs cibles » par grand type d'unité de soins ont été élaborés par le Direction du Personnel et des affaires sociales (DPAS) en lien avec les direction des ressources humaines et les directions des soins des groupements afin de se rapprocher des effectifs financés par les GHS. Ce travail s'est notamment inscrit dans la continuité des résultats de l'audit sur les ressources humaines confié à un consultant externe qui a démontré l'existence de fortes disparités dans le domaine des effectifs au sein même des HCL. L'objectif est de parvenir à standardiser le dimensionnement des effectifs d'un site à un autre pour les disciplines comparables. Ce travail a porté uniquement sur les unités de soins non normées d'hospitalisation conventionnelle (médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, accueil des urgences et UHCD). Pour chaque catégorie retenue, l'effectif cible a été ajusté en fonction du nombre de lits. Les postes de travail nécessaires le jour (7h30) et la nuit (12h) ont été calculés pour chaque type d'unité puis convertis en ETP selon la méthodologie retenue pour l'ensemble des HCL¹⁵. La démarche des « effectifs cibles » concerne l'ensemble du personnel non médical, y compris les ASH et les ASD. Ces cibles constituent une référence que les différents sites des HCL sont invités à atteindre progressivement. Toute nouvelle proposition d'organisation ou restructuration devra donc s'efforcer de respecter ces effectifs.

De même, la publication du profil de poste ASH recentré sur les tâches d'entretien des locaux constitue une donnée dont il faut tenir compte. Les ASH des hôpitaux neurologique et cardiologique devront progressivement s'intégrer dans ce profil de poste qui ne prévoit pas les nombreuses tâches dites « annexes » réalisées par les ASH des unités.

2.1.3 Les contraintes locales

Les contraintes liées plus spécifiquement au contexte local du GHE doivent également être étudiées. Il s'agit tout d'abord des difficultés rencontrées au moment la mise en place de l'équipe centralisée sur l'HFME. Un certain nombre de dysfonctionnements ont en effet été recensés dans les premiers mois qui ont suivi l'installation : mécontentement des cadres et des agents relayés par les syndicats, fort absentéisme, difficultés de gestion

¹⁵ Calcul théorique : 52 semaines d'ouverture par an, obligation annuelle de 1547 heures en repos variable (plus de 20 dimanches ou fériés travaillés dans l'année).

des contractuels, etc. Les principales critiques adressées par les cadres de soins ont porté sur les points suivants :

- Manque de stabilité du personnel,
- Manque d'implication des agents et de continuité dans le travail,
- Manque de lisibilité de l'organisation,
- Difficulté de contrôler le travail des agents,
- Manque d'encadrement.

Les agents se plaignaient quant à eux du manque de sentiment d'appartenance. Un certain nombre d'entre eux ont exprimé le souhait d'être rattachés aux cadres de proximité. La taille de l'équipe semble également rendait également difficile la gestion du personnel et des plannings. Il faut noter que ces difficultés ont sans doute été exacerbées par le contexte général du déménagement et de l'installation dans de nouveaux locaux. Comme indiqué en première partie, l'équipe centralisée s'est constituée à partir d'agents issus de différents sites auxquels se sont ajoutés des nouveaux recrutements. Il a donc fallu faire face à des différences culturelles ainsi que dans les habitudes de travail au sein du personnel. De plus, l'ensemble des équipes soignantes de l'HFME devaient prendre ses marques ce qui ne facilitait pas les relations entre les cadres des unités de soins et l'équipe centralisée.

Parallèlement, sur les hôpitaux neurologique et cardiologique, la résistance au changement doit être mesurée et prise en compte. Contrairement à l'HFME, il n'existe en effet pas de difficultés majeures de fonctionnement. Interrogés sur l'entretien des locaux, les cadres ont exprimé un certain nombre de réticences quant à l'évolution éventuelle des tâches exercées par les ASH. Les cadres considèrent généralement que l'exercice de missions d'entretien par les ASD constitue un facteur de souplesse dans les organisations. En cas d'absence de l'ASH, les ASD acceptent facilement de réaliser l'entretien des locaux ce qui ne sera sans doute plus le cas si une séparation trop stricte des tâches est mise en œuvre. En outre, la prise en charge de tâches annexes par les ASH favoriserait leur intégration dans l'équipe et leur implication dans le travail.

2.1.4 Le positionnement de l'élève directeur et les enseignements pour le métier de Directeur d'hôpital

Dans ce contexte général, l'élève directeur a été chargé de réaliser un premier état des lieux de la fonction entretien des locaux au GHE et d'explorer en conséquence plusieurs scénarios d'évolution pour l'avenir. Il s'agit d'une étude intéressante pour un futur directeur d'hôpital dans la mesure où elle touche à différents aspects du métier : recherche d'efficacité, gestion des ressources humaines, conditions de travail,

accompagnement social, management, motivation des équipes, aspects organisationnels, etc. Il s'agit de plus d'un thème d'actualité dans le domaine des ressources humaines. Dans un contexte marqué par des contraintes financières fortes, la recherche d'efficience et la maîtrise des dépenses de personnel sur le long terme constituent en effet un sujet de préoccupation pour de nombreux hôpitaux.

2.2 Comparaison des différents types d'organisations

2.2.1 Etude économique

L'étude économique se concentrera sur l'analyse des effectifs qui constituent la majorité des coûts internes en matière d'entretien des locaux.

A) Comparaison par rapport aux effectifs cibles

Afin d'évaluer le différentiel entre les effectifs actuels et les effectifs cibles, les postes de travail prévus sur les différents sites du GHE pour les unités d'hospitalisation ont été convertis en ETP selon la même méthode que celle utilisée pour les effectifs cibles. Il faut néanmoins noter que le périmètre de cette analyse ne recouvre pas totalement celui de la présente étude. En effet, les unités normées (notamment réanimation, néonatalogie, soins intensifs), les secteurs de consultations et les blocs ne sont pas concernés par la démarche des effectifs cibles. Les résultats ci-dessous ne doivent donc pas être pris comme une donnée brute mais plutôt comme une indication de tendance. Les tableaux de comparaison figurent en annexe XVIII. On obtient les résultats suivants :

- Hôpital cardiologique : - 5 ETP pour les ASH et + 3 ETP pour les ASD-AP
- Hôpital neurologique : - 2,75 ETP pour les ASH et + 11 ETP pour les ASD-AP
- HFME : + 18,5 ETP pour les ASH. Les effectifs cibles d'ASD ayant été élaborés sur la base des effectifs retenus pour le dimensionnement des équipes de l'HFME, on peut considérer que le différentiel est à peu près nul.

Ces résultats reflètent les différences d'organisation de chaque site. Les hôpitaux cardiologique et neurologique présentent en effet un effectif d'ASH sous dimensionné par rapport aux cibles tandis que les ASD-AP apparaissent en sur-effectif. Comme indiqué en première partie, les effectifs d'ASH ont en effet été dimensionnés de manière restrictive pour ces hôpitaux dans la mesure où les ASD assurent une part importante de l'entretien des locaux. En revanche, les effectifs d'ASH définis pour l'HFME apparaissent au dessus des cibles. Alors que le dimensionnement retenu pour l'HFME prévoyait généralement deux postes de journée par unité (matin et soir), les effectifs cibles retiennent plutôt la base d'un seul poste de journée par unité. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec précaution dans la mesure où ils ne reflètent qu'imparfaitement les

différences de DMS et les particularités de certains secteurs¹⁶. Ces résultats peuvent être complétés par une approche de la performance des équipes en place.

B) Approche de la performance des équipes

D'après les données recueillies en première partie, les surfaces prises en charge par ETP s'élèvent à¹⁷ :

- HFME : 1 ETP pour 334 m²
- Hôpital neurologique : 1 ETP pour 388 m²
- Hôpital cardiologique : 1 ETP pour 460 m²

La performance est donc à peu près la même sur l'HFME et l'hôpital neurologique. Elle est relativement plus élevée sur l'hôpital cardiologique. Il faut cependant noter que les ASH de l'HFME prennent seules en charge l'entretien de l'ensemble des locaux alors que les ASD assurent une grande partie de ces tâches sur les hôpitaux cardiologique et neurologique. Cette analyse relativise les résultats obtenus par rapport aux effectifs cibles.

Au-delà des aspects strictement économiques, la comparaison des différentes organisations doit intégrer des aspects de conditions de travail, de motivation des équipes et de sentiment d'appartenance.

2.2.2 Motivation des équipes, conditions de travail et sentiment d'appartenance

L'absentéisme, le taux de rotation des équipes et les conflits internes peuvent constituer des indicateurs de la motivation des équipes et du bien-être au travail. Ces données quantitatives doivent néanmoins être complétées par l'analyse qualitative des entretiens réalisés auprès de l'encadrement et des agents.

¹⁶ Par exemple pour les unités de chirurgie pédiatrique, les effectifs cibles ont été définis sur la base de 14 lits d'hospitalisation conventionnelle et 9 lits d'hospitalisation de semaine. Or les deux unités de chirurgie pédiatrique présentes à l'HFME représentent au total 47 lits d'hospitalisation complète et 12 lits d'hospitalisation de semaine, ce qui peut justifier un écart par rapport aux cibles.

¹⁷ Le calcul prend pour base les ETP rémunérés en avril 2009.

A) Etude de l'absentéisme

Le taux d'absentéisme¹⁸ des agents ASHQ pour la période allant de janvier à juillet 2009 tous motifs confondus s'élève à :

- PAM Couple Nouveau Né (CNN) : 13,91% dont 6,69% pour maladie ordinaire
- PAM des spécialités neurologiques : 13,46% dont 6,2% pour maladie ordinaire
- PAM des spécialités pédiatriques : 7,15% dont 4,22% pour maladie ordinaire
- PAM des spécialités cardiologiques : 6,21% dont 2,84% pour maladie ordinaire

Sur cette période, le taux d'absentéisme des ASHQ est plus élevé que celui du pôle tous grades confondus pour les pôles Couple-Nouveau Né et des Spécialités Pédiatriques.

Taux d'absentéisme (en%)

PAM	ASHQ	PAM
Couple - Nouveau Né	13,91	10,08
Spécialités neurologiques	13,46	9,59
Spécialités pédiatriques	7,15	8,68
Cœur Poumon Métabolique	6,21	9,08

Il s'agit également des deux pôles qui présentent les taux les plus élevés. L'examen des taux d'absentéisme bruts laisserait donc penser que les organisations n'ont pas d'impact sur l'absentéisme des agents. Le taux d'absentéisme constitue néanmoins un indicateur qui peut être largement influencé par les situations individuelles. L'absentéisme pour maladie ordinaire et pour accident du travail donne davantage d'indications quant aux tendances collectives au sein d'une équipe. L'absentéisme des ASHQ pour accident du travail étant relativement faible, nous nous concentrerons sur l'examen de l'absentéisme pour maladie ordinaire qui constitue le premier motif d'absence et explique environ la moitié de l'absentéisme pour chacun des PAM¹⁹.

Taux d'absentéisme par motif de janvier à juillet 2009 (en %)

PAM	Taux	AT	CLM CLD	MO	MP	Maternité	Médical	Absences irrégulières	Congés autorisés	Grève	Non médical
CNN	13,91	1,57	3,03	6,69	0	2,15	13,44	0	0,45	0,02	0,48
NEURO	13,46	1,05	3,67	6,2	0	1,35	12,27	0,69	0,28	0,21	1,18
PEDIATRIE	7,15	0,21	1,99	4,22	0,53	0	6,94	0	0,18	0,03	0,22
CARDIO	6,21	1,49	0	2,84	0	1,27	5,6	0	0,49	0,12	0,61

¹⁸ Taux d'absentéisme calculé par le logiciel COGNOS : Nombre de jour d'absences sur la période x 100 / Nombre de jours attendus travaillés x effectif moyen sur la période. Nombre de jours attendus travaillés par mois : 26 (norme institutionnelle). Effectifs moyens de janvier à juillet 2009 = 32,86 pour la cardiologie, 32,10 pour CNN, 43,50 pour la neurologie et 58,56 pour la pédiatrie.

¹⁹ 48% pour le PAM CNN, 46% pour le PAM des spécialités neurologiques, 59% pour le PAM des spécialités pédiatriques et 46% pour le PAM des spécialités cardiologiques.

L'absentéisme pour maladie ordinaire est sensiblement plus concentré sur le PAM des spécialités neurologiques que sur le PAM Couple Nouveau Né. En effet, pour le PAM des spécialités neurologiques, 30% de l'absentéisme pour maladie ordinaire se concentre sur un seul agent²⁰. L'absentéisme pour maladie ordinaire sur le PAM Couple Nouveau Né est ainsi le résultat du cumul d'un nombre important de petites absences (généralement inférieures à 10 jours) dispersées sur plus de la moitié des agents. Ce résultat peut révéler un manque d'implication ou de motivation des agents. Il semble aller dans le sens de l'hypothèse selon laquelle la non intégration des agents dans les équipes de soins favoriserait l'absentéisme. Sachant qu'ils seront remplacés, les agents se sentiraient moins utiles et seraient donc plus facilement absents.

L'analyse de l'évolution du taux d'absentéisme depuis le début de l'année constitue également un indicateur intéressant de l'évolution des conditions de travail et de l'ambiance générale au sein de l'équipe de l'HFME depuis son installation. L'HFME ayant ouvert ses portes au printemps 2008, la période d'avril 2008 à juillet 2009 est retenue pour l'analyse. Le taux d'absentéisme global pour l'année 2008 est donné à titre indicatif. Il a été calculé de manière à neutraliser les mois d'installation. Par souci de comparaison, les données pour les hôpitaux neurologique et cardiologique figurent également dans le tableau ci-dessous. Quelque soit le PAM considéré, le taux d'absentéisme a diminué sur la période. Les diminutions les plus fortes concernent l'HFME :

- Diminution de 12,48 points pour le PAM CNN (soit environ 52%)
- Diminution de 9,76 points pour le PAM PEDIATRIE (soit environ 48%)
- Diminution de 1,3 points pour le PAM CARDIO (soit environ 36%)
- Diminution de 8,43 points pour le PAM NEURO (soit environ 41%)

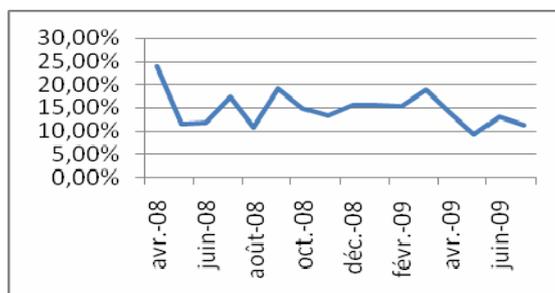
Evolution du taux d'absentéisme des ASHQ entre avril 2008 et juillet 2009

PAM	avr-08	mai-08	juin-08	juil-08	août-08	sept-08	oct-08	nov-08	déc-08	Total 2008	janv-09	févr-09	mars-09	avr-09	mai-09	juin-09	juil-09	Total 2009
CNN	23,9 1%	11,6 2%	11,7 5%	17,3 2%	10,6 9%	19,2 1%	14,8 1%	13,3 9%	15,4 9%	14,0 2%	15,7 0%	15,3 4%	18,8 7%	14,0 1%	9,29 %	13,1 0%	11,4 3%	13,9 1%
Pédiatrie	18,9 1%	19,7 1%	17,7 8%	15,1 0%	16,4 9%	16,4 2%	10,2 2%	9,66 %	10,3 2%	14,2 9%	5,62 %	6,62 %	7,01 %	6,83 %	7,13 %	7,41 %	9,15 %	7,15 %
Cardio	3,56 %	8,07 %	9,60 %	10,9 3%	7,75 %	8,60 %	9,31 %	11,0 1%	12,9 3%	7,32 %	11,6 1%	7,36 %	8,05 %	3,68 %	4,46 %	5,84 %	2,26 %	6,21 %
Neuro	20,5 2%	21,8 5%	23,7 6%	17,1 1%	13,8 5%	15,8 5%	21,1 9%	14,8 3%	11,3 5%	19,4 3%	12,6 3%	15,3 7%	16,2 8%	11,7 7%	12,0 8%	14,0 8%	12,0 9%	13,4 6%

²⁰ Un agent comptabilise 105 jours d'absence pour MO sur un total de 350,66 jours pour l'ensemble des ASHQ du PAM.

Concernant le PAM CNN, on note une forte diminution entre avril et mai 2008. Ensuite, le taux d'absentéisme varie autour de 13% avec des pics autour de 19%. Le graphique ci-dessous révèle une tendance globale à la diminution du taux d'absentéisme sur la période considérée.

Evolution du taux d'absentéisme des ASHQ pour le PAM CNN



Concernant le PAM Pédiatrie, la tendance à la baisse est plus régulière et plus marquée. L'absentéisme est en effet resté élevé au début de la période autour de 18% pour diminuer ensuite progressivement à partir de l'automne 2008 et se stabiliser autour de 7%. On note cependant une légère progression en juillet 2009.

Evolution du taux d'absentéisme des ASHQ pour le PAM PEDIATRIE



B) Le taux de rotation des équipes

Le taux de rotation des agents constitue un autre indicateur de la motivation et de l'ambiance générale au sein d'une équipe. D'après les tableaux de suivi des effectifs réalisés par l'encadrement supérieur, on dénombre au total 33 départs entre mai 2008 et août 2009, soit un **taux de rotation d'un peu plus d'un tiers** sur la période²¹, ce qui est relativement élevé. Néanmoins, les changements s'effectuent souvent sur les mêmes postes, les agents se succédant les un les autres. Ils concernent essentiellement le personnel contractuel. Le taux élevé de rotation est en grande partie dû à des fins de contrats. Néanmoins, certains départs sont à l'initiative des agents eux-mêmes que ce

soit pour des raisons personnelles ou professionnelles. On dénombre ainsi 6 départs à l'école d'ASD entre 2008 et 2009 (stagiaires et contractuels), deux ruptures de contrat à l'initiative de l'agent (stagiaires) et un départ à la retraite. De plus, 72 agents présents en mai 2008 le sont encore un an plus tard, en mai 2009 (35 titulaires, 20 contractuels et 17 stagiaires). Ils représentent 81% de l'effectif²² et se répartissent ainsi entre les secteurs de soins et le pool :

- Secteurs : 63 agents sur 74 soit environ 85% de l'effectif des secteurs,
- Pool : 9 agents sur 15 soit environ 60% de l'effectif du pool.

L'effectif affecté dans les secteurs de soins apparaît donc plus stable que celui affecté sur le pool. Il faut également noter qu'environ la moitié des secteurs n'ont pas connu plus d'un changement d'agent sur la période. Il s'agit notamment de secteurs de petite taille. Les mouvements se concentrent donc sur le pool et les secteurs de taille plus importante.

Au contraire, l'examen de la répartition des effectifs selon le type de contrat suffit à constater que ceux-ci sont plus stables pour les hôpitaux neurologique et cardiologique. Le tableau page 19 révèle que la part des titulaires parmi les agents chargés de l'entretien des locaux s'élève à plus de 65% pour chacun de ces établissements contre seulement 47% à l'HFME. Ces données semblent également étayer l'hypothèse selon laquelle les agents non intégrés à une équipe soignante auraient tendance à être moins stables. Le changement d'équipe et d'unité aurait pour conséquence un manque de continuité dans les tâches réalisées et une certaine déresponsabilisation des agents.

Ces résultats doivent cependant être analysés à la lumière du contexte particulier que constituent le déménagement et l'ouverture d'un nouvel hôpital. De plus, les équipes semblent se stabiliser progressivement : les départs sont en effet moins nombreux et le taux d'absentéisme diminue.

C) Les conflits

Les conflits sont révélateurs de l'ambiance générale au sein d'une équipe. Ces événements n'ont pas été précisément quantifiés. Néanmoins, les entretiens ainsi que l'observation directe et diffuse, notamment lors de réunions, a mis en évidence certaines tensions au sein de l'équipe centralisée d'ASH de l'HFME. Ces événements concernent à la fois les relations des agents entre eux et les relations entre les agents et le personnel des unités. L'encadrement est confronté à des conflits récurrents au sein de l'équipe se

²¹ Le taux de rotation est calculé de la manière suivante : Nombre de personnes ayant quitté l'équipe / Effectif moyen (avec effectif moyen = 89 agents physiques)

²² L'effectif moyen s'élève à 89 agents sans compter les agents embauchés pour des remplacements ponctuels d'absentéisme.

concrétisant notamment par des propos injurieux ou des violences entre agents. Ces évènements semblent ainsi traduire une certaine démotivation au sein des équipes. Parallèlement, un certain nombre d'éléments rapportés lors de réunions ou entretiens témoignent du manque d'intégration des ASH dans les unités de soins. Certains agents se sont par exemple vu refuser l'accès à la salle de repos par le personnel des unités qui ne les considéraient pas comme faisant partie du service. Ces évènements doivent cependant être analysés avec précaution dans la mesure où ils ne concernent qu'une partie des agents de l'équipe.

D) Analyse des entretiens réalisés auprès de l'encadrement et des agents

Afin de compléter l'analyse des données empiriques, une série d'entretiens semi directifs a été réalisée avec des cadres supérieurs, des cadres de proximité et des agents de service hospitalier (cf. liste des entretiens en annexe II). Les entretiens avec l'encadrement ont duré environ une heure et ceux avec les agents un quart d'heure. La grille utilisée a été adaptée selon l'interlocuteur (cf. annexes III et IV). Les thèmes abordés ont porté sur l'organisation de l'entretien des locaux, les missions des ASH et la répartition de leurs tâches avec les ASD, l'encadrement, les conditions de travail, le sentiment d'intégration aux équipes et le métier d'agent d'entretien. Les résultats ont fait l'objet d'une analyse thématique sous forme de tableaux (cf. annexes VI et VII). Ils ont été classés par idées clés dont la fréquence est signalée. Des phrases témoins ont également été retranscrites pour les entretiens réalisés avec les ASHQ.

a) *L'organisation de l'entretien des locaux*

Des fiches de postes existent sur les différents sites du GHE. Néanmoins, elles semblent davantage connues et utilisées à l'HFME dans la mesure où leur contenu évolue selon les besoins des services en lien avec les agents et l'encadrement de l'équipe centralisée. Les ASH sont parfois eux-mêmes à l'origine de l'évolution de leurs fiches de poste et se positionnent comme force de proposition.

Conformément aux profils de poste, les ASH des hôpitaux neurologique et cardiologique sont souvent amenés à exercer des tâches annexes en plus de l'entretien des locaux, ce qui est plus rare à l'HFME. D'après certains cadres interrogés, ces tâches favoriseraient l'intégration des agents dans les services. Certains agents de l'HFME ayant connu l'organisation « classique » HCL regrettent de ne plus avoir à exercer ces tâches dans la mesure où cela leur permettait de diversifier leur activité. Dans certains services de l'HFME, l'évolution des fiches de poste depuis l'installation a d'ailleurs amené les ASH à effectuer à nouveau des courses, en accord avec l'encadrement de l'équipe centralisée. Il est intéressant de noter qu'il s'agit de secteurs dans lesquels l'intégration des ASH semble satisfaisante.

b) Répartition des tâches entre ASH et ASD

De manière générale, la collaboration entre les ASH et les ASD dans la réalisation des tâches d'entretien ne semble pas poser de difficultés majeures sur les différents sites du GHE. Néanmoins, la majorité des cadres interrogés pour les hôpitaux neurologique et cardiologique rapportent un manque de motivation des ASD par rapport aux tâches d'entretien qu'ils doivent prendre en charge. Comme indiqué plus haut, les ASD assurent en effet une grande partie du ménage, au-delà de l'environnement direct du malade pour ces deux sites, contrairement à leurs collègues de l'HFME. Cette situation se traduirait par des difficultés de recrutement sur ce grade, notamment en sortie d'école. Le manque de clarté dans la répartition des tâches des agents présenterait également le désavantage de faire passer l'entretien des locaux au second plan. Cette tâche est en effet parfois considérée comme peu valorisante et ingrate par les ASD, nuisant ainsi à la qualité de la prestation. Néanmoins, un certain nombre de cadres interrogés expriment l'idée selon laquelle une séparation trop stricte des tâches entre ASH et ASD priverait le service d'une certaine souplesse de fonctionnement.

c) Encadrement

La majorité des cadres interrogés déclare bien connaître les agents d'entretien intervenant dans leur service ou secteur et se sentir responsables d'eux, y compris à l'HFME. Ils s'accordent généralement pour dire que les ASH constituent une catégorie socioprofessionnelle qui requiert une attention particulière de leur part. Les cadres ont néanmoins un sentiment partagé vis-à-vis de l'organisation retenue sur l'HFME. Le rattachement des agents à une équipe centralisée a parfois été vécu comme une perte de contrôle et de moyens, d'autant plus que les ASH étaient auparavant amenés à effectuer des tâches annexes, utiles aux cadres. Certains se déclarent néanmoins satisfaits de ne plus avoir à gérer les plannings et les conflits de ce personnel. Les avis sont également partagés concernant le double encadrement des agents. Alors que certains affirment que ce double encadrement permet d'introduire une juste distance entre le cadre de proximité et les agents, d'autres considèrent que cette organisation place les cadres et les agents dans une position difficile. Le positionnement des cadres n'est en effet pas aisé dans la mesure où ils ne représentent pas l'autorité hiérarchique vis-à-vis des agents. Les cadres jouent pourtant un rôle déterminant dans la réussite ou non de cette nouvelle organisation. Les entretiens ont révélé que leur implication influence largement l'intégration des ASH dans les services. Certains cadres ont eu la volonté de s'adapter à cette nouvelle organisation et ont su trouver leur positionnement vis-à-vis des agents. Cette volonté se traduit par des actions concrètes destinées à améliorer l'intégration des agents d'entretien comme par exemple la mise en place d'un tableau de présence et de correspondance dédié aux ASH.

d) *Sentiment d'appartenance et bien être au travail des agents*

Le sentiment d'appartenance apparaît particulièrement important pour les équipes d'ASH dont la fonction n'est pas toujours valorisée. Celui-ci varie selon les sites du GHE. Au sein des hôpitaux neurologique et cardiologique, les agents de service ont le sentiment d'appartenir à leur unité et d'être bien intégrés aux équipes. Ils reconnaissent le cadre de santé comme leur interlocuteur privilégié en cas de difficultés. La situation est plus ambiguë au sein de l'équipe centralisée de l'HFME. La plupart des agents se sentent davantage appartenir au secteur dans lequel ils interviennent mais reconnaissent le cadre de l'équipe centralisée comme leur interlocuteur en cas de question touchant à l'organisation du travail ou au planning. Le sentiment d'appartenance à un service unique et transversal semble pour le moment limité. Les agents de service se connaissent mal entre eux, au-delà de leur secteur. Une formation ayant pour thème « l'esprit d'équipe » a ainsi été proposée par l'encadrement de l'équipe et inscrite au plan de formation 2009. L'objectif était d'élaborer avec les ASH une identité professionnelle collective pour fédérer les énergies et permettre à chaque agent de trouver sa place au sein des unités de soins. Certains agents, notamment au sein des secteurs les plus importants, se plaignent en effet de leur manque d'intégration aux équipes soignantes : « Les autres ne s'intéressent pas à nous et nous considèrent comme des femmes de ménage ». Ne se sentant appartenir ni à l'équipe centralisée, ni aux équipes de proximité, ces agents manquent donc globalement de repères. Selon certains cadres, cette situation contribuerait à favoriser l'absentéisme au sein de l'équipe d'ASH. Les agents se sentiraient moins impliqués dans leur travail. Le changement d'unité aurait pour conséquence une absence de continuité dans les tâches réalisées et un certain désengagement des agents. La situation semble cependant s'être améliorée depuis l'ouverture de l'HFME. Ainsi d'après un agent interviewé : « Aujourd'hui le service connaît mon prénom et ne m'appelle plus 'l'ASH', comme au début ». Les agents se sentent davantage intégrés dans les services et les équipes se sont stabilisées. Les difficultés initiales étaient en effet en grande partie dues au contexte d'installation du nouvel hôpital : nécessité de s'adapter à de nouveaux locaux et à une nouvelle organisation, recrutements importants de nouveaux agents, etc. Les organisations s'étant stabilisées, on observe déjà des améliorations dans le fonctionnement de l'équipe. Les fiches de poste ont été ajustées de manière à mieux répondre aux besoins des services et les secteurs les plus importants ont été redimensionnés de manière à fidéliser les agents et à répondre ainsi aux aspirations des cadres dans ce domaine.

e) *Le métier d'ASH*

Concernant plus globalement le métier d'ASH, les entretiens révèlent que quelque soit l'organisation, les agents se plaignent du manque de reconnaissance de leurs fonctions : « les autres agents hospitaliers ne s'intéressent pas à nous et ne nous montrent aucune gratitude ». Certains agents appellent de leurs vœux une meilleure reconnaissance de la spécificité et de l'utilité de leur métier à l'hôpital : « le métier d'ASH n'est pas reconnu à l'extérieur de l'hôpital alors que c'est un vrai métier. On ne fait pas le ménage à l'hôpital comme à la maison ».

Cette valorisation passe notamment par la mise en avant du rôle des agents d'entretien dans l'hygiène hospitalière et la lutte contre les infections nosocomiales. A ce titre, les agents issus de l'HFME sont plus nombreux à citer l'hygiène comme un domaine de compétence propre à leur métier. La mise en place de l'équipe centralisée a en effet permis de sensibiliser les agents à l'importance des règles et des protocoles d'hygiène.

2.2.3 Nouvelle gouvernance

La comparaison des organisations en place doit enfin tenir compte de la logique de la nouvelle gouvernance. A ce titre, l'équipe centralisée présente un certain nombre d'inconvénients. Les secteurs ont été définis de manière à ce que les ASH puissent être affectés à l'un ou l'autre des PAM. Il n'existe pas de secteur inter-PAM. Néanmoins, la gestion de l'absentéisme pose problème. En effet, les agents du pool ont été affectés aux PAM au prorata de leurs effectifs. Cette répartition est invariable, quelque soit le niveau du taux d'absentéisme. De plus, les PAM ne maîtrisent pas leurs dépenses de remplacement. La décision revient à l'encadrement de l'équipe centralisée. Au contraire, sur les hôpitaux neurologique et cardiologique, ce sont les PAM qui décident du remplacement ou non des agents en cas d'absence prolongée.

La comparaison des organisations présentes sur les différents sites du GHE révèle que celles-ci possèdent des atouts et des inconvénients selon le critère retenu. L'organisation en équipe centralisée facilite la gestion des remplacements et de l'absentéisme par une mutualisation des moyens et une polyvalence des agents. Elle permet de spécialiser les ASH sur l'hygiène hospitalière et facilite la diffusion des protocoles et des innovations dans le domaine de l'entretien des locaux. Néanmoins, cette organisation s'accompagne de difficultés en termes de management et de suivi des ASH du fait de la taille de l'équipe. Elle engendre également des difficultés en termes de sentiment d'appartenance et d'implication dans le travail alors même que les ASH constituent une catégorie professionnelle qui a particulièrement besoin de se sentir intégrée et reconnue dans son

travail. L'organisation retenue pour les hôpitaux neurologique et cardiologique favorise au contraire le sentiment d'intégration des ASH et leur implication dans une équipe. Elle s'accompagne néanmoins de difficultés de remplacement et d'un manque de motivation des ASD pour la fonction entretien qu'elles sont amenées à assurer en grande partie et qui se trouve parfois reléguée au second plan. Face à ces constats, plusieurs scénarios d'évolutions sont étudiés afin de favoriser une harmonisation des pratiques au GHE.

3 Mise en perspective : propositions d'évolution pour la prise en charge de l'entretien des locaux au Groupement Hospitalier Est

Trois pistes apparaissent envisageables. La première hypothèse étudiée consiste à externaliser une partie de l'entretien des locaux. Bien que présentant des potentialités d'économies, cette solution implique néanmoins des risques sociaux, culturels et qualitatifs dont le calcul d'opportunité doit tenir compte. Une seconde piste, intermédiaire, consiste à maintenir la prestation en régie en proposant des réorganisations internes. Enfin, une dernière hypothèse présente les mesures pouvant être adoptées à court terme afin d'améliorer le fonctionnement de la prestation sans modification majeure d'organisation. Le choix entre ces différents scénarii appartiendra à la Direction de l'établissement au regard des bénéfices et des risques qu'ils comportent.

3.1 L'hypothèse de l'externalisation : des potentialités d'économie qui s'accompagnent néanmoins d'enjeux sociaux, culturels et qualitatifs

L'externalisation consiste à confier pour une période pluriannuelle la gestion de tout ou partie d'une fonction jusque là assurée en interne à un prestataire extérieur. Elle s'inscrit dans un cadre contractuel défini par un cahier des charges. Dans un contexte de contraintes budgétaires croissantes, les établissements de santé sont de plus en plus nombreux à envisager cette hypothèse pour leurs fonctions hôtelières et logistiques. Les baux emphytéotiques hospitaliers et les contrats de partenariats offrent de plus de nouveaux horizons en la matière. La réduction des coûts constitue souvent la motivation principale des établissements de santé ayant fait le choix de l'externalisation. L'objectif est de permettre à l'hôpital de se recentrer sur son cœur de métier, c'est-à-dire les soins aux patients, et de réaliser des économies en confiant ces prestations à des entreprises spécialisées. La professionnalisation des acteurs figure également parmi les arguments couramment cités en faveur de la sous-traitance. S'agissant de leur cœur de métier, les sociétés prestataires seraient davantage susceptibles de suivre les évolutions technologiques dans leur domaine et d'y allouer les ressources nécessaires, notamment en termes de formation des professionnels. Pour autant, il n'existe pas d'idéologie en la matière et l'externalisation présente également des risques dont il faut tenir compte. De plus, la sous-traitance ne signifie pas l'abandon de la prestation et l'établissement reste responsable de la qualité du service apporté aux patients. Toute décision doit donc être

précédée d'une analyse destinée à peser les enjeux de l'externalisation au regard de critères économiques mais également qualitatifs.

L'étude économique du bénéfice de l'externalisation doit donc être complétée d'une analyse des risques sociaux, culturels et infectieux qui l'accompagnent. A ce titre, trois établissements publics de santé ayant fait le choix de l'externalisation de l'entretien des locaux des unités de soins ont été interrogés (cf. liste des entretiens réalisés et grille utilisée en annexe). Ces entretiens ont permis de dégager un certain nombre de conditions pouvant améliorer les chances de réussite d'une externalisation. Les caractéristiques des établissements interrogés figurent dans le tableau ci-dessous.

Etablissement	CH	CHS	CHR
Lits	Moins de 500	Moins de 500	Plus de 1500
Périmètre	Communs Unités de soins en dehors des blocs et de la réanimation.	Tous les locaux	Tous les locaux sauf maisons de retraite et maternité (maintien d'une équipe d'ASH interne)
Ancienneté de l'externalisation	22 ans	Plus de 12 ans	Plus de 30 ans
Modalités de contrôle	Contrôles contradictoires et aléatoires Commissions de suivi mensuelles Réunions trimestrielles entre Directions	Visites contradictoires pour audit des pratiques Prélèvements bactériologiques des surfaces Réunions trimestrielles entre Directions	Contrôles contradictoires sur site toutes les deux semaines Contrôles ponctuels Réunions trimestrielles entre Directions
Pénalités en cas de non qualité	Oui	Oui	Oui (prochain marché basé sur obligation résultat)
Agent chargé du suivi de la prestation	Un agent à 50% chargé du contrôle de la prestation	Attaché DSE et correspondant hygiéniste	Un agent à temps plein
Personnel stable dans les unités	Oui	Oui	Oui
Encadrement par la société prestataire prévu dans le CTP	Oui	Oui	Oui
Particularités	Sans objet	Permanences + gardes sur place en soirée pour assurer les sorties et les éventuels accidents	Un agent de permanence toute la journée pour répondre aux demandes urgentes des unités

3.1.1 Comparaison des coûts internes et externes

L'étude économique constitue un préalable nécessaire à toute décision d'externalisation. La comparaison entre les coûts externes et les coûts internes est néanmoins complexe. Les coûts internes recouvrent en effet non seulement les coûts liés aux effectifs mais également des coûts indirects tels que les coûts fixes, les coûts de gestion des ressources humaines (conflits, maladie, absentéisme) ainsi que les coûts d'acquisition du matériel et des consommables. D'après une étude réalisée par la Direction des Affaires Economiques et Logistiques des HCL en 2008 sur l'entretien des communs par les équipes logistiques, les coûts internes se composent pour 95% de coûts de main d'œuvre. On peut considérer que cette répartition est susceptible de s'appliquer également aux équipes d'ASH assurant l'entretien des locaux dans les unités de soins. Dès lors, l'analyse des coûts internes se concentrera sur les dépenses chargées de main d'œuvre (personnel oeuvrant et encadrant hors dépenses liées à la gestion administrative des effectifs). Cette étude est réalisée pour l'HFME dans la mesure où l'existence d'une équipe centralisée d'entretien sur ce site permet d'individualiser plus facilement les coûts liés à l'entretien des locaux. L'analyse est en effet plus compliquée pour les hôpitaux neurologique et cardiologique. Comme indiqué en première partie, les ASD prennent en charge une part importante de l'entretien, au-delà de l'environnement direct du patient. De plus, les ASH réalisent des tâches annexes, en dehors de l'entretien des locaux. Seule une étude très poussée des fiches de poste secteur par secteur permettrait d'individualiser le temps agent consacré exclusivement aux tâches de nettoyage. Dès lors, la comparaison des coûts internes et externes portera uniquement sur l'HFME. Les résultats en termes de marges d'économies potentielles pourront néanmoins être extrapolés sur les autres structures du groupement.

Concernant l'étude des coûts externes, l'outil proposé par la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) sera utilisé²³. En effet, la structure des coûts n'est pas la même dans le privé. Les coûts relatifs à la main d'œuvre ne représentent que 80% des dépenses. Les prix proposés par les prestataires varient généralement en fonction des surfaces prises en charge, de leur répartition par zones à risque et des fréquences souhaitées. L'outil de simulation des dépenses hospitalières proposé par la MAINH permet d'obtenir un compte d'exploitation prévisionnel qui tient compte de ces différents paramètres.

²³ MAINH. Outil d'évaluation des coûts d'entretien des locaux hospitaliers – version actualisée du 1^{er} juillet 2009, disponible sur Internet : <http://www.mainh.sante.gouv.fr>

A) Calcul des coûts internes de l'entretien des locaux à l'HFME

Le tableau ci-dessous reproduit le calcul des coûts internes liés à l'entretien des locaux à l'HFME. Le calcul du coût de la main d'œuvre a été réalisé sur la base d'un effectif de 88,5 ETP qui correspond au dimensionnement de l'équipe centralisée d'entretien. Il ne tient donc pas compte des contractuels recrutés tout au long de l'année en remplacement de l'absentéisme. En revanche, les mensualités de remplacement prévues pour l'été 2008 ont été comptabilisées. Le coût moyen annuel d'un agent ASHQ en 2008 au GHE s'élève à 30 353 euros TTC. Les mensualités de remplacements d'ASHQ s'élèvent quant à elles environ à 2 300 euros TTC. On dénombre au total 5,35 mensualités pour l'été 2008. Comme indiqué en première partie, l'encadrement est assuré par deux agents dont le coût moyen rémunéré annuel s'élève en 2008 à 47 500 euros. A partir de ces données, le coût total annuel de l'entretien des locaux peut être évalué à 2 793 465,5 euros, soit **91,60 euros par m²** (sur la base de 30 300 m² pris en charge).

Tableau de calcul des coûts annuels

Personnel oeuvrant	Effectifs (ETP)	88,5
	Coût moyen annuel rémunéré ASHQ au GHE (euros TTC)	30 353
	Coût annuel main d'œuvre (euros TTC)	2 686 240,5
Personnel encadrement	Nombre de cadres (ETP)	2*
	Coût moyen annuel rémunéré encadrement équipe en 2008 (euros TTC)	47 460
	Coût annuel encadrement (euros TTC)	94 920
Remplacements d'été	Mensualités été 2008 (ETP)	5,35
	Coût moyen mensualité (euros TTC)	2 300
	Coût remplacement été (euros TTC)	12 305
Coût total annuel main d'œuvre (euros TTC)		2 793 465,5
Coût par m²	Superficie (m ²)	30 300
	Coût par m²	92

* A compter de début septembre 2009

B) Calcul des coûts externes

La Mission d'appui nationale à l'investissement hospitalier (MAINH) a mis à disposition des hôpitaux en 2008 un outil de simulation des coûts d'entretien des locaux hospitaliers. Celui-ci a fait l'objet d'une actualisation en juillet 2009. Cet outil s'applique pour un entretien des locaux concédé à un prestataire de service et peut être utilisé afin d'évaluer les coûts d'entretien que ce soit dans le cadre d'un projet immobilier ou pour comparer les

situations existantes. Il est adapté à l'ensemble des établissements de santé quel que soit leur taille et se présente sous la forme d'un fichier excel. L'utilisation de cet outil implique de recueillir les surfaces concernées par type de local et zone à risque. L'alimentation de ces données permet de déclencher immédiatement le calcul d'un intervalle prévisionnel de budget. Cet intervalle est obtenu grâce à la modélisation d'un cahier des charges simplifié. L'outil propose une classification des locaux en locaux types et une répartition en zones à risque selon les services.

Les surfaces prises en charge par l'équipe centralisée de bionettoyage ont donc été classées par type de local et zone de risque. Le détail de cette répartition figure dans le tableau en annexe XIX. Pour assurer un bon niveau de prestation et ne pas sous-estimer les coûts, les circulations et les bureaux des secteurs de soins ont été placés en zone à risque 3. Afin de tenir compte de l'entretien des chambres suite aux départs des patients, le nombre moyen de sorties par jour a été évalué à partir des données d'activité des UF cliniques de l'HFME (hospitalisation complète, de semaine et de jour)²⁴. Il s'agit donc de données évaluatives. Ces chiffres varient en effet fortement d'un secteur à un autre compte tenu des différences de DMS. Le nombre de départs journaliers est par exemple en moyenne relativement plus élevé dans les secteurs d'obstétrique et d'UHCD.

La MAINH propose un cahier des charges « minimum » dont les options peuvent être complétées en fonction du niveau de qualité recherché : modulation des fréquences, définition de prestations complémentaires, etc. Or le niveau de prestation doit être au moins égal à celui assuré actuellement en régie afin de garantir l'hygiène hospitalière et de se prémunir contre le risque infectieux. Les critères d'exigence et le niveau de qualité doivent être d'autant plus élevés que l'externalisation concerne des zones de soins et non plus uniquement les communs. Afin d'obtenir une prestation la plus satisfaisante et la plus proche possible de celle actuellement assurée par les agents en interne, les options du cahier des charges ont donc été complétées de manière à assurer par exemple le décapage et la mise en cire des sols ainsi que le lessivage des parois verticales une fois par an. Certaines fréquences ont également été augmentées et des prestations ajoutées (passage hebdomadaire d'un spray méthode par exemple). L'ajout de ces options permet de se rapprocher des tâches actuellement réalisées par les équipes internes mais ne prend pas totalement en compte l'entretien à fond assuré annuellement en régie (murs, plinthes, extincteurs, détartrage robinetterie, encadrements portes et fenêtres, etc.). Ces prestations feront donc vraisemblablement l'objet de factures supplémentaires par la

²⁴ Nombre moyen de sortants par jour = Entrées UF réalisées sur une année / nombre de jours d'ouverture des unités. Avec Nombre d'entrées UF du 1^{er} juillet 2008 au 31 juin 2009 = 1218 pour la néonatalogie (zone 4), 22 866 pour les chambres d'hospitalisation complète situées en zone 3 et 19 982 pour les chambres d'hospitalisation de jour et de semaine situées en zone 3. Nombre de

société retenue. Le cahier des charges proposé par la MAINH ne prévoit pas non plus de « permanences » pour la prise en charge des imprévus et des accidents. Ces prestations peuvent néanmoins s'avérer utiles. Elles ont en effet été inscrites dans les cahiers des charges des deux établissements rencontrés ayant externalisé l'entretien de leurs locaux depuis plus de 20 et 30 ans.

Compte tenu de ces réserves, l'outil de la MAINH permet néanmoins de chiffrer un budget prévisionnel compris entre 2 151 345,37 et 2 289 252,12 euros TTC. Il faut ajouter à ce résultat les coûts de contrôle internes de la prestation. Dans le cadre d'une externalisation complète de l'entretien des locaux sur un site, on peut considérer qu'un agent à temps plein est nécessaire afin d'assurer le suivi et le contrôle de la prestation et de servir de relais entre la société et les services de soins²⁵. En tenant compte de ce paramètre, le coût peut donc être évalué entre **2 198 805,37 euros TTC et 2 336 712,12 euros TTC, soit 77 euros par m². Par comparaison aux coûts internes, les marges d'économies potentielles se situeraient donc autour de 16%**. La comparaison ne tient cependant pas compte des coûts internes en termes de remplacements, de matériels, d'équipement et de consommables.

Ce calcul constitue une évaluation des potentialités d'économies avec un cahier des charges relativement satisfaisant. Celles-ci sont néanmoins variables dans le domaine de l'entretien des locaux. D'après les entretiens réalisés auprès des établissements, les propositions faites par les sociétés peuvent en effet varier du simple au double pour un même périmètre. Les établissements ayant la plus longue expérience d'externalisation mettent en garde contre les prix trop faibles proposés par certains prestataires. Compte tenu de la concurrence dans ce secteur, les sociétés sont en effet tentées de proposer des prix bas qui sont parfois le reflet d'une prestation insuffisante. Les propositions faites par certaines sociétés ne sont pas réalistes. Les critères pour l'attribution du marché ne doivent donc pas être basés uniquement sur les prix mais tenir également compte d'autres paramètres tels que la qualité de la prestation proposée, la formation des agents, etc.

De manière générale, le coût strictement économique de l'externalisation sera toujours inférieur à celui de la régie. Néanmoins, l'externalisation comporte des contraintes, dont l'impact économique est difficilement quantifiable mais dont il est important de tenir

jours d'ouverture des unités = 365 pour l'hospitalisation complète et 302 pour l'hospitalisation de semaine et de jour (fermeture des unités durant les week-end et jours fériés).

²⁵ Le coût moyen annuel rémunéré d'un agent d'encadrement retenu sera celui observé pour l'équipe centralisée de l'HFME, soit 47 460 euros.

compte. L'analyse financière doit donc être complétée par un examen des enjeux qualitatifs, sociaux et culturels liés à l'externalisation.

3.1.2 Les risques à prendre en compte

A) Les enjeux qualitatifs et culturels

Bien que souvent moins coûteuse, l'externalisation présente également des enjeux non économiques dont il faut tenir compte. Il s'agit tout d'abord du risque de perte de contrôle de l'activité. Le fait de conserver le nettoyage en régie offre plus de souplesse et permet d'adapter les prestations en fonction des besoins. Les personnels salariés de l'établissement sont davantage susceptibles d'adapter leurs horaires et leurs organisations en cas d'urgence ou d'imprévu. Dans le cas d'une externalisation, le coût des interventions non inscrites dans le cahier des charges peut s'avérer élevé. Comme indiqué dans le paragraphe précédent, toute prestation complémentaire devra faire l'objet d'un avenant et d'une nouvelle facturation.

L'externalisation présente également des enjeux dans le domaine de la qualité. Bien que ne faisant pas réellement partie du cœur de métier de l'hôpital, l'entretien des locaux participe en effet à la qualité des soins qui y sont dispensés. Le risque infectieux lié à l'externalisation apparaît d'autant plus élevé que celle-ci concerne des zones à risque élevé. Juridiquement, l'établissement reste en effet responsable des soins qui sont adressés aux patients. La rédaction d'un cahier des charges précis quant aux attentes de l'établissement et aux modalités de contrôle et de sanctions à mettre en œuvre peut contribuer à limiter ces risques.

Les enjeux culturels liés à l'externalisation ne doivent pas non plus être négligés. D'après les entretiens réalisés, il s'agit de l'une des principales difficultés rencontrées lors des restructurations. Pour certains acteurs, la limite de l'externalisation se situe en effet au niveau du contact avec le patient. Le fait d'externaliser l'entretien des unités de soins implique de laisser entrer du personnel extérieur auprès des patients. Or certains soignants peuvent craindre que les agents de l'entreprise ne se sentent pas aussi impliqués dans la relation avec le patient que les salariés de l'hôpital et ne respectent pas les règles de confidentialité, d'hygiène et de sécurité.

B) Les enjeux sociaux

Enfin, l'enjeu social constitue un facteur déterminant dans une décision d'externalisation. Le calcul d'opportunité doit tenir compte de l'impact social et des possibilités d'accompagnement du personnel concerné. Le transfert d'activité à l'extérieur de l'hôpital est généralement mal perçu par le personnel et les syndicats. L'hypothèse de l'externalisation implique donc une démarche d'accompagnement social forte auprès du

personnel. Les HCL ont adopté une charte d'accompagnement social qui définit les principes généraux, les engagements et les mesures d'accompagnement de la mobilité des personnels. Celle-ci prévoit un certain nombre d'engagements de la Direction Générale vis-à-vis des agents concernés. Les agents doivent notamment être informés des nouveaux lieux d'exercice possibles, des effectifs prévisibles et des qualifications requises. Ils bénéficient d'un accompagnement individualisé dans la gestion des mobilités (formation, aide au départ volontaire pour les agents qui le souhaitent, etc.). La démarche d'accompagnement social implique en premier lieu le recensement des postes pouvant être proposés aux agents au sein des HCL. Le personnel est ensuite appelé à formuler trois choix parmi les postes proposés. La situation individuelle de chaque agent est étudiée par la direction des ressources humaines. Une fois la restructuration réalisée, les agents bénéficient d'un suivi particulier durant une année.

Comme indiqué en première partie, les ASH chargés de l'entretien des locaux sur l'ensemble du GHE représentaient au total 166 agents en avril 2009 dont 94 titulaires et 25 stagiaires. Néanmoins, les agents intervenant dans les secteurs à haut risque infectieux tels que les blocs, les réanimations et la néonatalogie ne seraient pas concernés par cette restructuration. Il apparaît en effet préférable de maintenir en régie, au moins dans un premier temps, ces secteurs dans lesquels les exigences en termes d'hygiène sont particulièrement élevées. Concernant les autres secteurs, l'externalisation pourrait se dérouler de manière progressive. Une expérience « test » pourrait être menée sur les secteurs de médecine, de chirurgie et de consultations de l'HFME. L'extension du périmètre de l'externalisation aux autres secteurs (imagerie, urgences pédiatriques, accueil gynécologique et obstétrique), puis aux hôpitaux neurologique et cardiologique, pourrait être étudiée dans un second temps au regard des résultats obtenus. D'après les postes de travail actuellement prévus, l'effectif nécessaire au fonctionnement des unités qui demeureraient en régie s'élèverait à 27,5 ETP. Concernant le reste de l'équipe, des mesures d'accompagnement doivent être envisagées. La reprise des agents contractuels par la société prestataire pourrait être négociée. Concernant les agents titulaires et stagiaires, les mesures envisageables portent à la fois sur la promotion professionnelle, les départs en retraite et les redéploiements d'effectifs au sein des HCL. En avril 2009, l'équipe dénombrait 41,6 ETP d'agents titulaires et 13 ETP d'agents stagiaires. Compte tenu des secteurs qui demeureraient en régie, on peut donc considérer que l'effectif à accompagner s'élève environ à 27 ETP. D'après l'analyse de la pyramide des âges de l'équipe réalisée en première partie, les premiers départs en retraite ne devraient pas avoir lieu avant 2012. Trois agents atteindront alors l'âge de la retraite. Ils seront suivis en 2015 par trois nouveaux départs probables. Comme préalablement indiqué, l'équipe centralisée d'entretien des locaux de l'HFME est en effet relativement jeune. Les départs

devraient être plus nombreux sur les hôpitaux neurologique et cardiologique. On dénombre en effet quatre agents âgés de 59 ans ou plus en 2009. Compte tenu des postes actuellement occupés par des contractuels sur ces hôpitaux, environ la moitié des agents de l'HFME concernés par la restructuration devraient pouvoir trouver une place au sein des équipes des autres sites du Groupement en supposant que les aspirations individuelles formulées par chaque agent le permettent. Pour l'autre moitié, des mesures de promotion professionnelle pourront être envisagées par validation des acquis de l'expérience (VAE) ou concours d'entrée à l'école d'ASD. Les effectifs pourraient également être redéployés sur les hôpitaux neurologique et cardiologique afin de renforcer les pools. Le renforcement des équipes d'ASH devrait néanmoins s'accompagner d'un travail sur les fiches de poste afin de permettre aux ASD de se décharger d'une partie des tâches d'entretien qu'elles assurent actuellement. Ce renforcement implique donc en contrepartie le non remplacement à due concurrence des prochains départs à la retraite d'ASD sur ces deux sites.

L'hypothèse de l'externalisation implique la mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement social forte dans la mesure où elle concerne un nombre important d'agents. Au-delà des enjeux sociaux, un certain nombre de conditions semblent devoir être respectées afin de favoriser les chances de réussite d'une telle restructuration.

3.1.3 Les conditions à respecter afin de favoriser les chances de réussite d'une opération d'externalisation

A) Le soin à apporter à la rédaction du cahier des charges

Les hôpitaux ayant procédé à l'externalisation de l'entretien des locaux insistent généralement sur l'importance de la préparation du cahier des charges. Après plusieurs années d'externalisation, l'un des établissements rencontrés a ainsi fait le choix d'investir dans le soutien d'une société de conseil spécialisée dans le nettoyage pour la rédaction de son dernier cahier des charges. L'élaboration du cahier des charges constitue en effet une étape primordiale afin de maîtriser la qualité de la prestation qui sera délivrée. Elle doit se faire en lien avec les acteurs concernés. Il est important de faire preuve d'exhaustivité et de bien définir les attentes et les besoins de l'établissement. Le cahier des charges doit notamment prévoir en détail l'ensemble des tâches à accomplir et des pièces à prendre en charge en précisant leur surface, leur nature, le type de sol, etc. L'hôpital doit formuler clairement ses exigences en matière de prestation pour pouvoir ensuite appliquer un contrôle efficace. En effet, les cahiers des charges rédigés par les hôpitaux prévoient souvent des sanctions trop vagues, difficilement applicables. A ce titre, les établissements ayant procédé à l'externalisation de l'entretien de leurs unités de soins

s'orientent de plus en plus vers des cahiers des charges basés sur une obligation de résultat et non plus de moyens. On distingue en effet deux catégories de cahiers des charges. La première détermine les moyens qui devront être mis en œuvre par l'entreprise : fréquence, effectifs, nombre d'heures, méthodes, qualification du personnel, entretien du matériel etc. La seconde décrit une obligation de résultat en laissant la société libre des moyens et des méthodes à adopter pour y parvenir. Cette approche facilite le contrôle de la prestation et l'application de mesures de sanction en cas de non respect du marché. Il existe en effet des indicateurs qui permettent de juger objectivement de la qualité de la prestation réalisée tels que les contrôles visuels (tâches, poussière, etc.) ou micro-biologiques. Lorsque ces modalités de contrôle sont expressément prévues dans le contrat passé avec la société, elles facilitent l'application de pénalités à la société prestataire en cas de non respect.

Les Hospices Civils de Lyon s'orientent également vers ce type de contrat. Les HCL font en effet partie du Groupement de coopération sanitaire (GCS) UniHA qui constitue une centrale d'achat. Tout projet d'externalisation devra donc s'insérer dans ce cadre. L'entretien des locaux fait actuellement l'objet d'un nouveau marché groupé au sein de ce GCS. Il s'agit du premier marché dans le domaine des services. Un cahier des charges a donc été rédigé en commun par les représentants des 20 établissements adhérents au marché sous la coordination du CHU de Nantes. Le marché prend la forme d'un accord cadre (5 sociétés) puis de marchés subséquents avec un allotissement régional. Le nouveau contrat est basé sur une obligation de résultat par référence aux normes AFNOR dans le domaine de l'entretien. Il prévoit donc des modalités de contrôle et de suivi régulier afin de comparer la qualité existante à la qualité requise et de pénaliser éventuellement le titulaire si un écart est constaté. Ce contrôle est assuré à partir d'une méthodologie normée et inscrite au cahier des charges.

B) Les mesures de suivi et de contrôle

Le succès de l'externalisation dépend également de la qualité du partenariat avec la société. A cette fin, des réunions régulières doivent être organisées et ce d'autant plus souvent que le périmètre de l'externalisation est important. Des systèmes de remontée des dysfonctionnements et d'alerte doivent être mis en place. Les hôpitaux interrogés mettent en effet en garde contre l'idée selon laquelle la signature d'un contrat bien rédigé suffit à garantir son respect. Le suivi et le contrôle de la prestation constituent des éléments indispensables afin d'éviter les dérives. Les établissements ayant la plus longue expérience de l'externalisation insistent sur l'importance de prévoir des outils de suivi et de contrôle. La majorité des hôpitaux ayant externalisé l'entretien des locaux ont en effet dédié du temps agent au contrôle de la prestation. L'agent hospitalier référent a ainsi pour mission de garantir le lien entre la société et le personnel soignant et d'assurer le contrôle

qualité des prestations au travers de contrôles contradictoires sur le terrain. Le cahier des charges prévoit généralement la mise à disposition par la société d'un « chef de site » chargé de l'encadrement des agents. Les mesures d'accompagnement comportent généralement l'organisation de réunions mensuelles entre le chef de site et le responsable du suivi à l'hôpital complétées par des rencontres trimestrielles entre la Direction de l'hôpital et celle de l'entreprise.

C) La communication

La communication constitue enfin un élément essentiel afin de favoriser la réussite d'une opération d'externalisation. Le diagnostic ayant conduit à la décision doit être partagé et les enjeux expliqués aux cadres et aux agents concernés. Des réunions d'information et d'échange devront ainsi accompagner la démarche, y compris une fois le marché lancé. Les établissements rencontrés insistent en effet sur l'importance de la communication auprès des cadres et du personnel soignant sur les missions de l'entreprise. Les services doivent connaître le périmètre d'intervention de l'entreprise et savoir à qui s'adresser en cas de dysfonctionnements.

Bien que source d'économies potentielles, l'externalisation présente donc des risques dont il faut tenir compte. Sa réussite implique que des moyens suffisants soient consacrés à la rédaction du cahier des charges mais surtout au suivi et au contrôle de la prestation. Le maintien de la prestation en régie constitue une autre piste de réflexion qu'il convient d'analyser.

3.2 La rationalisation des organisations en interne

Un second scénario consiste à maintenir la prestation en régie, tout en proposant des pistes de réorganisations afin de tenir compte des contraintes institutionnelles (démarche des effectifs cibles et profil de poste HCL pour la répartition des tâches entre ASH et ASD). Cette hypothèse implique une évolution en termes d'effectifs et de répartition des tâches au sein des différents sites. Concernant l'organisation des équipes, deux hypothèses peuvent être envisagées : la mise en place d'une équipe centralisée d'entretien des locaux sur chaque site du groupement sur le modèle de l'HFME ou le rattachement des ASH dans les services avec toutefois le maintien d'un fonctionnement transversal pour la gestion des remplacements et des absences.

3.2.1 Les évolutions en termes d'effectifs et de répartition des tâches

L'hypothèse du maintien en régie de la prestation de nettoyage semble impliquer un redéploiement des effectifs de l'HFME vers les hôpitaux neurologique et cardiologique. D'après l'étude réalisée sur les effectifs cibles, l'HFME présenterait en effet un surplus d'effectifs d'ASH tandis que les hôpitaux neurologique et cardiologique se situeraient plutôt en dessous des cibles pour les ASH et au-dessus pour les ASD. Afin de ne pas désorganiser les secteurs de soins, les évolutions en termes d'effectifs pourraient porter en priorité sur le pool. Le renforcement des pools des hôpitaux neurologique et cardiologique qui sont actuellement peu pourvus permettrait de se rapprocher des effectifs cibles tout en proposant une solution aux difficultés de remplacement actuellement rencontrées. Le renfort en effectifs pourrait également permettre de développer progressivement la présence des ASH le soir et les week-end dans les secteurs qui présentent les besoins les plus importants et qui n'en sont actuellement pas pourvus (notamment chirurgie cardiaque).

Afin que cette évolution des effectifs s'accompagne également d'une diminution de la charge de travail pour l'équipe de l'HFME, l'extension du périmètre actuel des locaux externalisés à l'ensemble des locaux communs (circulations et bureaux essentiellement) pourrait être étudiée (en dehors des services de néonatalogie, de réanimation et des blocs). Ces surfaces représenteraient environ 3100 m² de bureaux et 5000 m² de circulation pour un coût d'environ 395 000 euros TTC d'après l'outil de simulation de la MAINH, soit environ 49 euros par m². Le coût au m² de ce type de locaux est en effet moins élevé que celui des locaux de soins. Cette solution présente l'avantage de réduire les surfaces restant à la charge de l'équipe centralisée, tout en maintenant le cœur de la prestation en régie.

Pour les hôpitaux neurologique et cardiologique, ce renfort devra s'accompagner comme dans l'hypothèse de l'externalisation, d'un travail préalable sur les fiches de poste des ASH et des ASD. Le renforcement des équipes d'ASH doit en effet permettre aux ASD de se recentrer sur leur cœur de métier en les déchargeant d'une partie des tâches de nettoyage qu'elles assuraient jusqu'à présent. En contrepartie, les prochains départs à la retraite d'aide soignante pourraient ne pas être remplacés afin de se rapprocher des cibles prévues. Cette réorganisation implique également que les ASH soient déchargées des tâches annexes de courses et de brancardage qu'elles assuraient jusqu'à présent dans de certains secteurs des hôpitaux neurologique et cardiologique (notamment consultations, blocs et réanimation). Comme indiqué précédemment, la mise en place d'un service central de brancardage pour l'ensemble du groupement est à l'étude. Pour les autres tâches annexes exercées par les ASH, la création d'une équipe centralisée de courses pourra être étudiée. Celle-ci pourrait être rattachée au pool des différents sites,

permettant ainsi aux agents de tourner sur différents postes (courses ou remplacements dans les services) et de diversifier ainsi les tâches réalisées.

3.2.2 Equipe centralisée ou rattachement des ASH dans les services

Le redéploiement d'effectifs envisagé peut s'accompagner de deux types d'organisation pour les équipes : la mise en place d'une équipe centralisée sur le modèle de l'HFME pour chacun des sites ou le rattachement des ASH dans les unités de soins.

A) L'hypothèse de l'équipe centralisée

Comme l'a démontré l'analyse comparative des différentes organisations en place au GHE, le regroupement des effectifs en équipe centralisée présente certains avantages. Il permet de donner une visibilité au métier d'agent d'entretien et de valoriser leur contribution dans le domaine de l'hygiène hospitalière. L'existence d'une équipe unique garantit l'harmonisation des pratiques et la diffusion rapide des nouveaux protocoles et des techniques innovantes. Elle inscrit les agents dans une logique de prestataire de service envers les unités de soins. Elle permet enfin de faciliter la gestion des remplacements et de l'absentéisme en mutualisant les moyens par secteur. Néanmoins, la mise en place d'une telle équipe s'accompagne de difficultés en termes de sentiment d'appartenance et de suivi des agents. Elle nécessite du temps afin de stabiliser les agents et de recréer un sentiment d'appartenance. Si l'organisation semble se stabiliser peu à peu sur l'HFME, son extension aux hôpitaux neurologique et cardiologique présente certaines limites. Tout d'abord, la mise en place d'une équipe centralisée unique pour les différents sites du GHE semble difficilement réalisable. La taille de l'équipe nécessaire impliquerait des difficultés de gestion. De plus, la configuration architecturale du groupement (trois bâtiments distincts) rend difficile matériellement la mise en place d'une telle équipe. On pourrait néanmoins envisager la création d'une équipe centralisée par site, soit trois équipes au total. Cette solution implique cependant de prévoir un encadrement pour chacune de ces équipes et donc des frais supplémentaires. De plus, le regroupement des agents au sein d'une équipe unique risque de reproduire certains des dysfonctionnements observés sur l'HFME au moment de l'installation : manque de sentiment d'appartenance des agents, absentéisme, etc. La pyramide des âges des agents d'entretien des hôpitaux cardiologique et neurologique indique qu'il s'agit d'une équipe relativement plus âgée qu'à l'HFME, d'où un risque plus important de résistance au changement. Cette réorganisation ayant lieu sans changement de locaux, la création d'un sentiment d'appartenance à une équipe unique d'entretien serait d'autant plus difficile à créer.

- B) Rattacher les ASH aux équipes de soins tout en maintenant un fonctionnement par secteur

Une seconde piste à explorer consisterait à rattacher les ASH aux services de soins. Ce rattachement ne peut cependant pas être total et doit s'accompagner de mutualisations de moyens entre services. A ce titre, les pools semblent devoir être maintenus sur les différents sites et renforcés pour les hôpitaux neurologique et cardiologique afin de remplacer les absences longues. Concernant les unités de soins, le fonctionnement en secteur pourra être maintenu à l'HFME pour la gestion de l'absentéisme ponctuel (dépannage entre services). Pour les hôpitaux neurologique et cardiologique, la généralisation du rapprochement des services par étage dans la gestion des ASH pourrait être envisagée. Cette hypothèse présente l'avantage de permettre aux PAM de gérer eux-mêmes leurs effectifs d'ASH, ce qui n'est actuellement pas le cas à l'HFME. Elle semble également socialement plus favorable que la précédente, dans la mesure où les évolutions en termes d'effectifs pour l'HFME s'accompagnent d'un changement d'organisation.

Que ce soit l'externalisation ou la rationalisation des organisations en interne, ces deux hypothèses ne pourront être mises en œuvre qu'à moyen terme. Il convient donc d'envisager les améliorations pouvant être apportées aux organisations actuelles à court terme.

3.3 Les améliorations pouvant être apportées aux organisations actuelles

Un certain nombre d'améliorations sont envisageables à court terme, à organisation constante. Celles-ci portent sur l'ensemble des sites du GHE.

3.3.1 Les pistes d'amélioration concernant l'équipe centralisée de l'HFME

Des mesures diverses peuvent être envisagées afin d'améliorer le fonctionnement de l'équipe centralisée ainsi que la communication et la collaboration avec les unités de soin. Il s'agit notamment de stabiliser l'équipe, de fidéliser les ASH dans les secteurs et d'améliorer la communication envers les cadres de proximité.

- Stabiliser l'équipe centralisée d'ASH et renforcer le sentiment d'appartenance

Les entretiens réalisés avec les ASH des différents secteurs de l'HFME ont révélé que le sentiment d'appartenance à une équipe centralisée d'entretien des locaux était encore peu développé. Or ce sentiment favorise la stabilité des équipes. L'hygiène hospitalière peut à ce titre constituer un thème fédérateur. L'accent peut être mis sur la notion de

prestataire de service auprès des unités de soins. Il s'agit d'insister sur la plus value qu'apportent les ASH dans les unités de soins ainsi que sur l'importance de la satisfaction non seulement des unités, mais également du patient qui se trouve au bout de la chaîne dans une logique client-fournisseur.

La motivation des agents peut également passer par des contrôles qualité réguliers leur permettant d'avoir un retour sur le travail réalisé. Ceux-ci doivent néanmoins être accompagnés d'une démarche participative auprès des agents afin qu'ils ne soient pas perçus comme un contrôle mais bien comme le moyen de mettre en valeur la qualité du travail réalisé. La démarche de développement des fiches de traçabilité et des audits qualité menée par l'encadrement de l'équipe centralisée s'inscrit bien dans cette dynamique.

Un certain nombre de « bonnes pratiques » observées dans les unités de soins, pourraient enfin être étendues à l'ensemble des sites. C'est le cas par exemple du tableau de présence mis en place par l'encadrement de proximité dans l'un des secteurs. Il s'agit en effet d'un outil de communication simple et efficace entre l'équipe soignante et les ASH. Il permet à l'équipe de connaître les ASH présents chaque jour dans l'unité et de communiquer avec eux. A l'inverse, les ASH peuvent également inscrire les informations dont elles souhaitent faire part au reste de l'équipe. Il s'agit d'un outil qui facilite l'intégration et le travail des ASH au sein des unités et qui gagnerait donc à être développé.

- Fidéliser les ASH dans les secteurs

La fidélisation des ASH dans les services répond à une demande non seulement des cadres de proximité, mais également des agents. Celle-ci passe tout d'abord par la poursuite du travail de réduction des secteurs. Ce re-dimensionnement permet en effet aux agents de s'approprier plus facilement les locaux et de recréer un sentiment d'appartenance. Cette mesure pourrait s'accompagner de l'organisation de réunions régulières dans les différents secteurs en présence des agents, des cadres de proximité et de l'encadrement de l'équipe. Celles-ci seraient l'occasion d'échanger sur les dysfonctionnements constatés et de procéder aux ajustements nécessaires. Ces réunions pourront également contribuer à renforcer le sentiment d'appartenance au milieu soignant. La plus value d'une équipe centralisée d'entretien des locaux réside en effet dans ce double positionnement. Les agents sont proches des équipes soignantes tout en leur apportant une prestation de service.

- Améliorer la communication envers les cadres de proximité

La réussite d'une équipe centralisée d'entretien des locaux repose sur une bonne collaboration avec les cadres de proximité. Leur implication dans le management et donc l'évaluation des agents de service apparaît indispensable compte tenu de la taille de l'équipe. Bien que les agents n'appartiennent pas directement à leurs équipes, les cadres

restent responsable du travail réalisé au sein de leurs unités. Ils participent également à l'évaluation des agents. Les entretiens réalisés auprès de l'encadrement de l'HFME ont révélé que l'implication des cadres avait un impact direct sur le sentiment d'intégration des agents et leur bien être au travail. La relation avec les cadres de proximité pourrait néanmoins faire l'objet d'améliorations. Les cadres n'ont en effet pas toujours une vision claire du fonctionnement de l'équipe et de la répartition des surfaces entre l'équipe d'ASH et l'entreprise extérieure. Ces éléments leur ont certes été présentés au moment de l'installation de l'hôpital, mais les cadres avaient alors beaucoup d'informations à assimiler. De plus, un certain nombre de changements d'organisation ont eu lieu depuis l'ouverture. Dès lors, une réunion d'information générale à destination des cadres permettrait de leur présenter l'organisation actuelle et surtout le rôle qu'ils ont à jouer dans le contrôle de la qualité de la prestation et l'évaluation des agents. Un guide du bionettoyage pourrait leur être distribué à cette occasion. Celui-ci reprendrait l'organisation générale de l'équipe centralisée, son organigramme, la répartition des agents par secteur, leurs horaires, etc. Cette démarche s'inscrirait dans une volonté de transparence et d'affichage du fonctionnement de l'équipe vis-à-vis des unités de soins.

3.3.2 Les pistes d'amélioration concernant l'ensemble du groupement

Comme indiqué en seconde partie, l'un des avantages de l'équipe centralisée est de valoriser le rôle des ASH dans l'hygiène hospitalière et de faciliter l'harmonisation des pratiques et la diffusion des techniques innovantes. Les efforts en ce sens semblent devoir être étendus aux hôpitaux neurologique et cardiologique. Cette démarche passe tout d'abord par un travail sur les fiches de poste des ASH et des ASD. A cette occasion, la contribution des tâches d'entretien des locaux à l'hygiène hospitalière semble devoir être mise en avant. Comme indiqué en première partie, les tâches de nettoyage sont assurées en grande partie par les ASD qui ont tendance à considérer cette partie de leur travail comme peu valorisante. Un travail sur la contribution du nettoyage à la lutte contre les infections nosocomiales intégrant à la fois les ASH et les ASD pourrait donc être envisagé en lien avec l'unité d'hygiène du groupement. Cette mesure contribuerait ainsi à valoriser le métier d'agent d'entretien sur l'ensemble du GHE. Quelque soit l'organisation retenue, les entretiens réalisés auprès des agents ont en effet révélé que les ASH avaient tendance à considérer leur fonction comme peu valorisée et peu reconnue au sein de l'hôpital. Les actions menées en partenariat avec l'équipe d'hygiène pourraient permettre de faire en sorte que les ASH deviennent la référence en compétence sur les techniques d'entretien des locaux et d'hygiène hospitalière. Elles pourraient prendre la forme de protocoles d'hygiène ou d'introduction de techniques d'entretien harmonisées sur le GHE.

De même, une formation similaire à celle prévue pour les ASH de l'équipe centralisée de l'HFME sur l'esprit d'équipe pourrait être envisagée pour l'ensemble du GHE afin de travailler sur l'identité individuelle et collective des ASH au sein de l'hôpital. La valorisation de leur rôle permettrait aux ASH de se faire une place au sein des équipes de soins et de renforcer la collaboration avec les ASD.

Conclusion

En tant que fonction tertiaire, l'entretien des locaux se trouve actuellement au cœur des réflexions pour de nombreux hôpitaux. Dans un contexte de contrainte budgétaire croissante, les établissements de santé recherchent en effet l'organisation optimale, entre rationalisation des organisations en régie ou externalisation de la prestation. Les enjeux vont cependant au-delà d'un simple calcul économique. Bien que peu valorisée, la fonction nettoyage participe en effet à la qualité des soins délivrés aux patients, à la prévention des infections nosocomiales ainsi qu'à l'image globale que renvoie l'hôpital à l'extérieur. Toute décision de réorganisation doit donc tenir compte de ces paramètres.

Le Groupement Hospitalier Est des Hospices Civils de Lyon offre à ce titre un terrain d'observation particulièrement intéressant dans la mesure où il regroupe des organisations hétérogènes sur ses différents sites : intégration des ASH dans les services, équipe centralisée d'ASH et intervention d'une entreprise privée. La comparaison de ces organisations en termes économiques, conditions de travail, management et qualité révèle que chacune d'entre elles présente des avantages et des inconvénients. La décision d'opportunité quant à l'organisation à privilégier dépend donc de la pondération de ces critères. Afin d'éclairer cette décision, plusieurs scénarii d'évolution ont été étudiés, de la sous-traitance au maintien en régie. Si elle permet de dégager des sources d'économies, l'externalisation présente néanmoins des coûts « cachés » difficilement quantifiables. Elle implique des risques sociaux, culturels et qualitatifs dont le calcul d'opportunité doit tenir compte. Un certain nombre de conditions semblent de plus devoir être remplies afin d'accompagner toute décision de sous-traitance. Des moyens importants doivent notamment être consacrés à la rédaction du cahier des charges ainsi qu'au suivi et au contrôle de la prestation tout au long de la réalisation du contrat. L'hypothèse du maintien en régie implique quant à elle au GHE une évolution en termes d'effectifs ainsi qu'une réorganisation de la répartition des tâches entre ASH et ASD. Que les ASH soient centralisés au sein d'une équipe commune par site ou placés directement sous la responsabilité des cadres d'unité, le maintien d'un fonctionnement transversal pour les remplacements et la gestion de l'absentéisme semble indispensable.

Quelque soit la solution retenue, celle-ci devra s'accompagner d'une démarche d'accompagnement au changement auprès des équipes. Le pilotage de la restructuration constitue en effet un élément déterminant dans la réussite ou non du projet. La mobilisation des acteurs de terrain et de leurs représentants doit être prise en compte. Le

diagnostic ayant mené à la décision de réorganisation doit être partagé avec les acteurs concernés afin de les associer à la réflexion sur les pistes d'efficience et de réorganisation envisageables. La présente étude ne constitue donc qu'une première étape dans le processus d'accompagnement au changement qu'implique toute réorganisation. Elle pose un diagnostic de la situation actuelle et propose des pistes d'évolution qui pourront servir de base à la poursuite de la réflexion avec les acteurs de terrain. La démarche d'accompagnement doit en effet être communicative et participante afin de maximiser les chances de réussite de toute réorganisation.

Bibliographie

Ouvrages et rapports

DERENNE O., LUCAS A. / éd., 2005, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Tome 2 : Le développement des ressources humaines*, Rennes : Editions ENSP, 445 p.

MARESCAUX J., mai 2009, *Rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires*, Paris, 325 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2004, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes : Editions ENSP, 435 p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2007, *Etude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière, Tome 1 et tome 2*, Rennes : Editions ENSP, 207p. et 326 p., disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr

VASSELLE A., CAZEAU B., 2008, *Pour une gestion responsable de l'hôpital. Rapport d'information n° 403*, Paris : Sénat, 153 p., disponible sur Internet : <http://www.senat.fr>

Articles

ANONYME, avril 2007, « Bionettoyage à l'hôpital : les fondamentaux en 2007 », *Décision Santé*, Cahier 1, n°234, pp. 24-27

ANONYME, février 2007, « Dossier externalisation : une sous-traitance à géométrie variable », *Horizon*, n°167, pp. 27-29

ANONYME, décembre 2004, « Hygiène hospitalière : le bionettoyage, une étape », *Horizon*, n°154, pp. 35-37

BEAUMONT L., février 2000, « Mobiliser les équipes d'ASH : dialogue et patience », *Objectifs Soins*, n°83, pp. X-XII

BENAT B., FOUILLAT C., septembre 1991, « Le pool de C : analyse de situation », *Recherches en soins infirmiers*, n°26, pp. 28-41

DEVESA F., août 2004, « Quelles formations pour les ASH ? », *Décideurs en gériatrie*, n°63, p. 31

GODARD B., septembre 2005, « Une nécessaire vision stratégique de l'établissement à long terme », *Regards de la Fédération de l'Hospitalisation Privée*, n°37, pp. 26-28

HUDDLESTONE C., MERLAUD P., août 2008 « Une centrale de bionettoyage professionnalisée au centre hospitalier d'Arras : retour d'expérience », *Techniques hospitalières*, n°710, pp. 47-50, disponibilité : <http://www.fhf.fr>

ISRAËL M., septembre 2005, « Se recentrer sur son cœur de métier », *Regards de la Fédération de l'Hospitalisation Privée*, n°37, pp. 18-23

TEDALDI A., octobre 2005, « Externalisation », *Hospital*, vol. 7, n°4, pp.14-20

THIVAUD D., décembre 2005, « Le bionettoyage », *Hygiène en Milieu Hospitalier*, n°75, pp. 15-27

Guides, recommandations et manuels

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS, avril 2004, *Nettoyage – Bionettoyage à l'AP-HP*, Tomes 1 et 2, Paris : caractère SA, 139 p., disponible sur Internet : <http://www.mainh.sante.gouv.fr>

CCLIN PARIS-NORD, 1997, *La désinfection de la surface des locaux*, paris : CCLIN Paris-Nord, 41 p.

CCLIN SUD-EST, mai 2004, *Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux*, disponible sur Internet : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/guides/FCPRI/Sommaire.htm

CCLIN SUD-OUEST, avril 2005, *Entretien des locaux des établissements de soins*, Bordeaux : CCLIN Sud-ouest, 49 p., disponible sur Internet : <http://www.cclin-sudouest.com>

HAUTE AUTORITE DE SANTE, juin 2009, *Manuel de certification des établissements de santé V 2010*, Saint-Denis-La-Plaine : HAS, 99p., disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

GROUPE PERMANENT D'ETUDE DES MARCHES D'EQUIPEMENT ET DE FOURNITURES DES CENTRES DE SOINS ET DES LABORATOIRES, 1991, *Guide du bionettoyage : recommandation n°E 1-90*, Paris : Direction des Journaux officiels, 81 p., disponible sur Internet : <http://www.mainh.sante.gouv.fr>

GROUPE PERMANENT D'ETUDE DES MARCHES D'EQUIPEMENT ET DE FOURNITURES DES CENTRES DE SOINS ET DES LABORATOIRES, 1994, *Guide de rédaction d'un cahier des clauses particulières d'un marché de nettoyage des locaux*, Paris : Direction des Journaux officiels, 65 p.

Sites Internet

CCLIN SUD-EST. CCLIN Sud-Est – Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales., disponible sur Internet : <http://www.cclin-sudest.chu-lyon.fr>

MAINH. Outil d'évaluation des coûts d'entretien des locaux hospitaliers – version actualisée du 1^{er} juillet 2009, disponible sur Internet : <http://www.mainh.sante.gouv.fr>

Textes réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 12 février 2008 fixant les modalités de sélection professionnelle, de formation et de validation de la formation permettant l'accès des agents des services hospitaliers qualifiés dans le grade d'aide-soignant. Journal officiel : n° 47 du 24 février 2008, 3247, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique (disposition réglementaire). Journal officiel : n°203 du 2 septembre 2007, 14516, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. 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. Journal officiel : n° 181 du 7 août 2007, texte 31, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 8 février 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant. Journal officiel n°41 du 17 février 2007, 2920, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant. Journal officiel : n°28 du 3 février 2005, 1776, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire 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

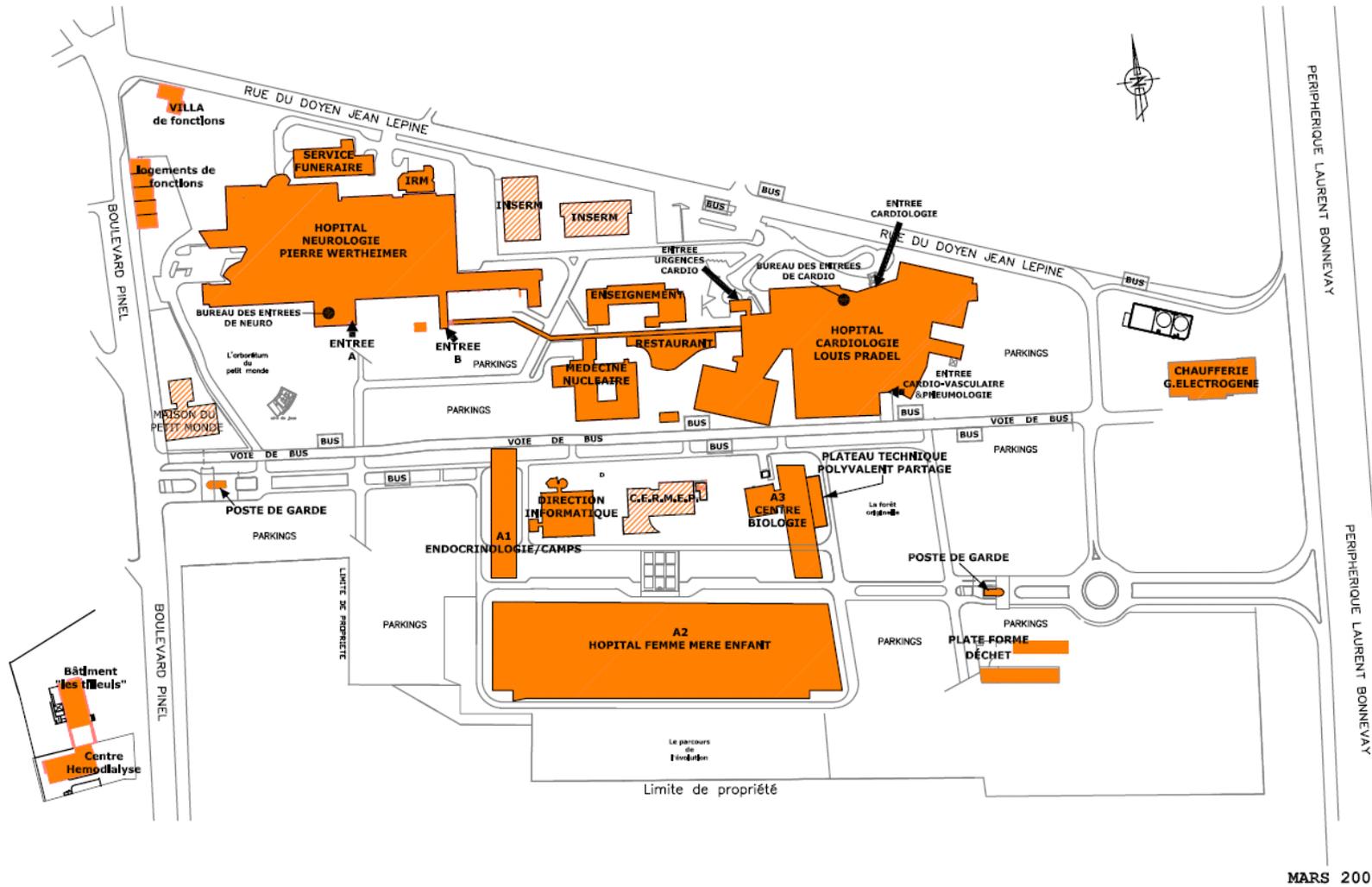
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire DGS/VS/VS2-DH/E01n°17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participant au service public

Liste des annexes

Annexe I	Plan de masse du Groupement Hospitalier Est
Annexe II	Liste des entretiens réalisés
Annexe III	Grille d'entretien encadrement
Annexe IV	Grille d'entretien agents d'entretien
Annexe V	Grille d'entretien établissements extérieurs
Annexe VI	Tableau de synthèse des entretiens avec l'encadrement
Annexe VII	Tableau de synthèse des entretiens avec les agents d'entretien
Annexe VIII	Classification des locaux par zones à risque
Annexe IX	Entretien des parties communes au Groupement Hospitalier Est
Annexe X	Entretien des unités de soins au Groupement Hospitalier Est
Annexe XI	Répartition des services étudiés par pôle
Annexe XII	Profil de poste ASD – Hôpitaux neurologique et cardiologique
Annexe XIII	Profil de poste ASH – Hôpitaux neurologique et cardiologique
Annexe XIV	Répartition des surfaces prises en charge par l'équipe logistique
Annexe XV	Profil de poste ASH des HCL
Annexe XVI	Postes de travail de l'équipe centralisée d'entretien des locaux de l'HFME
Annexe XVII	Répartition des surfaces sous-traitées au Groupement Hospitalier Est par site et par nature des locaux
Annexe XVIII	Tableaux de comparaison effectifs réels / effectifs cibles
Annexe XIX	Application de l'outil de simulation d'entretien des locaux hospitaliers de la MAINH aux surfaces actuellement en régie de l'HFME

Annexe I : Plan de masse du Groupement Hospitalier Est

Groupement Hospitalier Est Plan masse



Annexe II : Liste des entretiens réalisés

Directions Centrales HCL

- Coordonnateur général des soins – Direction du Personnel et des Affaires Sociales (DPAS)
- Responsable de l'entretien externalisé des locaux – Direction des Affaires Economiques et Logistiques (DAEL)

Direction GHE

- Directeur des ressources humaines
- Directeur des soins
- Direction des services économiques et logistiques (DSEL)

Cadres supérieurs de santé

- Cadre supérieur de santé du pôle des Spécialités Pédiatriques
- Cadre supérieur de santé du pôle Couple - Nouveau Né
- Cadre supérieur de santé du pôle Cœur Poumon Métabolique
- Cadre supérieur responsable du secteur de chirurgie (hôpital cardiologique)
- Cadre supérieur responsable du secteur de médecine (hôpital cardiologique)
- Cadre supérieur de santé du pôle des Spécialités Neurologiques
- Cadre supérieur responsable de l'équipe d'entretien des locaux de l'HFME

Encadrement de proximité

- Cadre de l'équipe Hygiène et Propreté (rattachée à la DSEL)
- Cadre de l'équipe centralisée de l'HFME
- Cadres de santé des unités de soins HFME :
 - o bloc obstétrique
 - o 1 unité de pédiatrie
 - o 1 unité d'obstétrique
 - o consultations pédiatriques
 - o réanimation pédiatrique
- Cadres de santé des unités de soins Hôpital neurologique :
 - o 1 unité de neurochirurgie
 - o Consultations
- Cadres de santé des unités de soins Hôpital Cardiologique :
 - o 1 unité de chirurgie cardiaque
 - o 1 unité de médecine cardiologique

- Réanimation
- ASH HFME :
 - Bloc obstétrique
 - Urgences pédiatriques
 - Consultations pédiatriques
 - 1 unité de Pédiatrie
 - Réanimation pédiatrique
- ASH Hôpital neurologique
 - 1 unité de neurochirurgie
- ASH Hôpital cardiologique
 - 1 unité de chirurgie cardiaque
 - 1 unité de médecine cardiaque
 - Réanimation cardiaque

Hôpitaux extérieurs :

- Trois établissements publics de santé ayant procédé à l'externalisation de l'entretien de leurs unités de soins (CH, CHR et CHS)
- Un établissement ayant retenu une organisation mixte : équipe centralisée de bionettoyage et externalisation des communs (CH)

Annexe III : Grille d'entretien encadrement

Organisation de l'entretien des locaux

Comment est assuré l'entretien des locaux dans votre unité/secteur ?

Combien avez-vous d'ASH dans votre unité/secteur ?

Si HFME : Dans quel secteur êtes vous intégrés ? L'organisation a-t-elle évolué depuis l'installation ? Si oui, pourquoi et comment ?

Quels sont les postes de travail des ASH et des ASD ? Comment sont gérées les courses ? Comment sont assurées les tâches hôtelières ?

Connaissez-vous leur fiche de poste ?

Comment s'organisent les tâches quotidiennes des ASH ?

Comment sont gérés les départs ?

Comment évaluez-vous le travail des ASH ?

Répartition des tâches entre ASH et ASD

Comment sont réparties les tâches d'entretien entre ASH et ASD ?

Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients d'une spécialisation des ASH sur la fonction entretien ?

Encadrement

Connaissez-vous bien les ASH ? Quelles sont vos relations avec eux ?

Comment concevez-vous votre rôle de cadre auprès d'eux ?

Si HFME : quelles sont vos relations avec le cadre de l'équipe centralisée ?

Intégration et sentiment d'appartenance

Les ASH vous semblent-ils bien intégrés à l'équipe ?

Les ASH participent-ils à la relève ?

Absentéisme et gestion des remplacements

Avez-vous le sentiment que l'absentéisme est plus élevé en moyenne chez les ASH ?

Comment sont gérés les remplacements ?

Le métier d'ASH

Quelles sont les particularités du personnel chargé de l'entretien ?

Les ASH vous semblent-elles motivées / impliquées dans le travail des unités de soins ?

Organisation en équipe centralisée vs intégration des ASH dans les services

Quels sont selon vous les avantages/ inconvénients d'une organisation des ASH en équipe centralisée sur le modèle de l'HFME ?

Quels sont selon vous les avantages et inconvénients de l'intégration des ASH dans les services ?

Annexe IV : Grille d'entretien agents d'entretien

Le métier d'ASH

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'hôpital ?

Et dans cet établissement ?

Quel est votre parcours professionnel ?

Comment décririez vous votre travail ?

Qu'est ce que vous aimez faire ?

Intégration et sentiment d'appartenance

Avec qui travaillez-vous ? Vous sentez-vous bien intégré dans les équipes ?

Connaissez-vous bien les autres ASH de votre secteur ?

Et le personnel des services dans lesquels vous intervenez ?

Répartition des tâches entre ASH et ASD

Comment organisez vous votre travail quotidien ?

La communication est-elle aisée au sein de l'équipe ?

Encadrement

A quelles occasions rencontrez vous le cadre de votre équipe ?

Et les cadres des unités de soins dans lesquelles vous intervenez (si HFME) ?

Annexe V : Grille d'entretien établissements extérieurs

Présentation de l'établissement

Type d'établissement

Nombre de lit

Personne interrogée : Nom, Fonction, Ancienneté dans l'établissement

Situation actuelle

Comment est organisée la fonction entretien au sein de votre établissement ?

Quelle est la part des surfaces concédées / maintenues en régie ?

Historique

De quand date l'externalisation ?

Comment et pourquoi cette décision a-t-elle été prise ?

Quelle était l'organisation antérieure ?

Quel est le type de contrat utilisé

Quel est le coût de la prestation ?

Organisation de la fonction entretien pour la partie externalisée

Quel est votre prestataire actuel ?

Quel est le périmètre d'intervention de votre société ?

Quelles sont les surfaces prises en charge ?

Comment assurez-vous le contrôle de la prestation ?

Quel est le personnel mis à disposition ?

Quels sont les postes de travail (semaine, week-end, horaires)?

La société assure-t-elle l'encadrement des agents ?

Le personnel de la société extérieure est-il permanent par service ou mobile ?

Comment se passe l'interface avec le travail soignant ?

Comment se passe les relations avec les cadres de proximité ?

Globalement, êtes vous satisfait de la prestation ?

Quelles sont ou ont été les difficultés rencontrées ?

Annexe VI : Tableau d'analyse des entretiens avec l'encadrement

Légende :

- Aucun répondant : Jamais
- Un seul répondant : rarement
- Moins de la moitié des répondants : Parfois
- Plus de la moitié : Souvent
- Tous : Toujours
- NC : Hôpitaux neurologique et cardiologique
- HFME : Hôpital Femme Mère Enfant
- SO : sans objet

Sous-thèmes	Idées Clés	Fréquence	
		HFME	NC
Organisation de l'entretien des locaux	L'équipe est stable	Rarement	Souvent
	Des fiches de poste ASH existent	Toujours	Toujours
	Ces fiches sont connues des cadres et des agents et sont utilisées	Souvent	Souvent
	Les fiches de poste sont adaptées et évoluent avec les besoins du service	Toujours	Parfois
	Les ASH réalisent des tâches annexes en plus de l'entretien des locaux - courses - tâches hôtelières - brancardage	Parfois Rarement Jamais	Souvent Souvent Parfois
	Des fiches de traçabilité existent et sont utilisées	Toujours	Parfois
Répartition des tâches entre ASH et ASD	La coopération est satisfaisante.	Toujours	Toujours
	Les ASD prennent en charge une partie du ménage au-delà de l'environnement direct du patient.	Jamais	Toujours
	Le partage de tâches communes avec l'ASD favorise l'intégration de l'ASH à l'équipe	Parfois	Parfois
	Le fait que les ASD prennent en charge des tâches relevant de la compétence des ASH pose des problèmes de recrutement	SO	Souvent
	La stricte séparation des tâches entre ASH et ASD prive le service d'une certaine souplesse	Parfois	Parfois

Sous-thèmes	Idées Clés	Fréquence	
		HFME	NC
Encadrement	Le cadre connaît bien les agents et se sent responsable d'eux.	Souvent	Toujours
	Le double encadrement à l'HFME met les agents et les cadres dans une position difficile	Souvent	SO
	Au contraire, le double encadrement est une bonne chose et permet d'introduire une juste distance entre le cadre de proximité et les agents	Parfois	SO
	Les ASH constituent une CSP qui nécessite une attention particulière de la part du cadre	Souvent	Souvent
	Il existe une bonne collaboration avec le cadre de l'équipe centralisée : adaptation des fiches de poste, évaluation des agents, etc.	Souvent	SO
Intégration et sentiment d'appartenance	Les ASH sont bien intégrées à l'équipe de soins et participent à la vie du service (réunion, moments de convivialité, etc.)	Parfois	Toujours
	L'intégration des ASH est moyenne voire mauvaise	Souvent	Jamais
	La communication et la coopération avec l'équipe soignante pour la réalisation des tâches est satisfaisante	Souvent	Souvent
Absentéisme et gestion des remplacements	L'absentéisme est relativement plus élevé chez les ASH que les autres catégories de professionnels	Parfois	Parfois
	Au contraire, l'absentéisme est faible	Souvent	Parfois
	L'organisation en équipe centralisée facilite les remplacements rendant ainsi l'absentéisme quasiment transparent pour les cadres	Souvent	SO
	Le remplacement des ASH est insatisfaisant	Jamais	Souvent
Le métier d'ASH	Les ASH ont besoin d'être valorisés. Il est important de mettre en avant l'intérêt de leur travail.	Parfois	Souvent
	Les ASH ont une place importante au sein du service, au-delà de l'entretien des locaux. Ils sont un pilier pour le cadre	Jamais	Parfois

Sous-thèmes	Idées Clés	Fréquence	
		HFME	NC
Inconvénients équipe centralisée	Rend difficile l'intégration des ASH aux équipes : manque sentiment d'appartenance	Souvent	Souvent
	Rend difficile le suivi et le contrôle des agents	Souvent	Souvent
	Démotivant et déresponsabilisant pour les agents : manque de continuité dans les tâches, absentéisme, manque d'implication, instabilité du personnel	Souvent	Souvent
Avantages équipe centralisée	Facilite la gestion des remplacements	Parfois	Parfois
	Permet aux agents d'avoir une vision transversale de leur travail et d'être polyvalents	Parfois	Parfois
	Permet une professionnalisation dans le domaine de l'hygiène et une homogénéisation des pratiques	Parfois	Parfois
	Avantage économique	Parfois	Parfois
Inconvénients intégration des ASH dans les services	Insuffisance des remplacements	Souvent	Souvent
	Les ASD ne sont pas employées à leur juste valeur	Rarement	Rarement
Avantages intégration ASH dans les services	Favorise l'intégration des ASH et une meilleure reconnaissance et valorisation de leurs tâches	Souvent	Souvent
	Les agents sont plus motivés et plus impliqués dans leur travail	Parfois	Parfois
	Permet un meilleur suivi et contrôle par le cadre	Parfois	Parfois

Annexe VII : tableau d'analyse des entretiens avec les agents d'entretien

Légende :

- Aucun répondant : Jamais
- 1 seul répondant : Rarement
- Moins de la moitié des répondants : Parfois
- Plus de la moitié : Souvent
- Tous : Toujours
- NC : Hôpitaux neurologique et cardiologique
- HFME : Hôpital Femme Mère Enfant
- SO : Sans objet

Sous-thème	Idée Clé	Fréquence		Verbatim
		HFME	NC	
Le métier d'ASH	Le métier d'ASH n'est pas assez valorisé	Souvent	Jamais	HFME : « Le métier d'ASH n'est pas assez reconnu à l'extérieur de l'hôpital alors même qu'il s'agit d'un vrai métier. On ne fait pas le ménage à l'hôpital comme à la maison. » HFME : « Les autres agents hospitaliers ne s'intéressent pas à nous et ne nous montrent aucune gratitude. On est considérées comme des femmes de ménage ».
	Ce que les agents apprécient dans leur métier			
	- le relationnel avec les patients	Souvent	Rarement	
	- se sentir utile	Parfois	Jamais	
	- l'hygiène hospitalière	Parfois	Jamais	
	En revanche, les agents n'apprécient pas :			
- métier trop centré sur le ménage	Rarement	Rarement		
- métier usant	Rarement	Parfois		
- changer trop fréquemment de service	Parfois	Jamais		
- les événements difficiles liés à la vie du service (décès etc.)	Rarement	Jamais		
- les conflits internes entre agents	Jamais	Rarement		
Intégration et sentiment d'appartenance	Les ASH se sentent bien intégrées aux services dans lesquelles ils interviennent (malgré des débuts difficiles pour l'HFME)	Souvent	Toujours	HFME : « La situation s'est améliorée depuis l'installation. Aujourd'hui le service connaît mon prénom et ne m'appelle plus « l'ASH » comme au début ».
	L'intégration est difficile	Rarement	Jamais	HFME : « Les autres ne s'intéressent pas à nous et nous considèrent comme des femmes de ménage ».

Sous-thème	Idée Clé	Fréquence		Verbatim
		HFME	NC	
Intégration et sentiment d'appartenance	A l'HFME, l'ASH a le sentiment d'appartenir davantage aux services de son secteur qu'à l'équipe centralisée d'ASH. Il ne connaît d'ailleurs que très partiellement les ASH des autres secteurs.	Souvent	SO	HFME : « L'équipe est trop grande. Nous ne rencontrons jamais certaines personnes ».
Répartition des tâches entre ASH et ASD	Il existe une bonne communication au sein de l'équipe.	Souvent	Toujours	HFME : « Les ASD nous transmettent les informations utiles pour l'organisation de notre travail » NC : « La communication est aisée dans le service »
	Il existe un véritable travail d'équipe et une entraide au sein du service	Souvent	Souvent	HFME : « L'ASH travaille beaucoup avec l'ASD. Lorsque l'ASD a fini son travail, il arrive qu'elle aide l'ASH. En retour, l'ASH aide aussi l'ASD. Il y a beaucoup de travail d'équipe. » NC : « Il existe un véritable travail d'équipe. Tout le monde travaille ensemble »

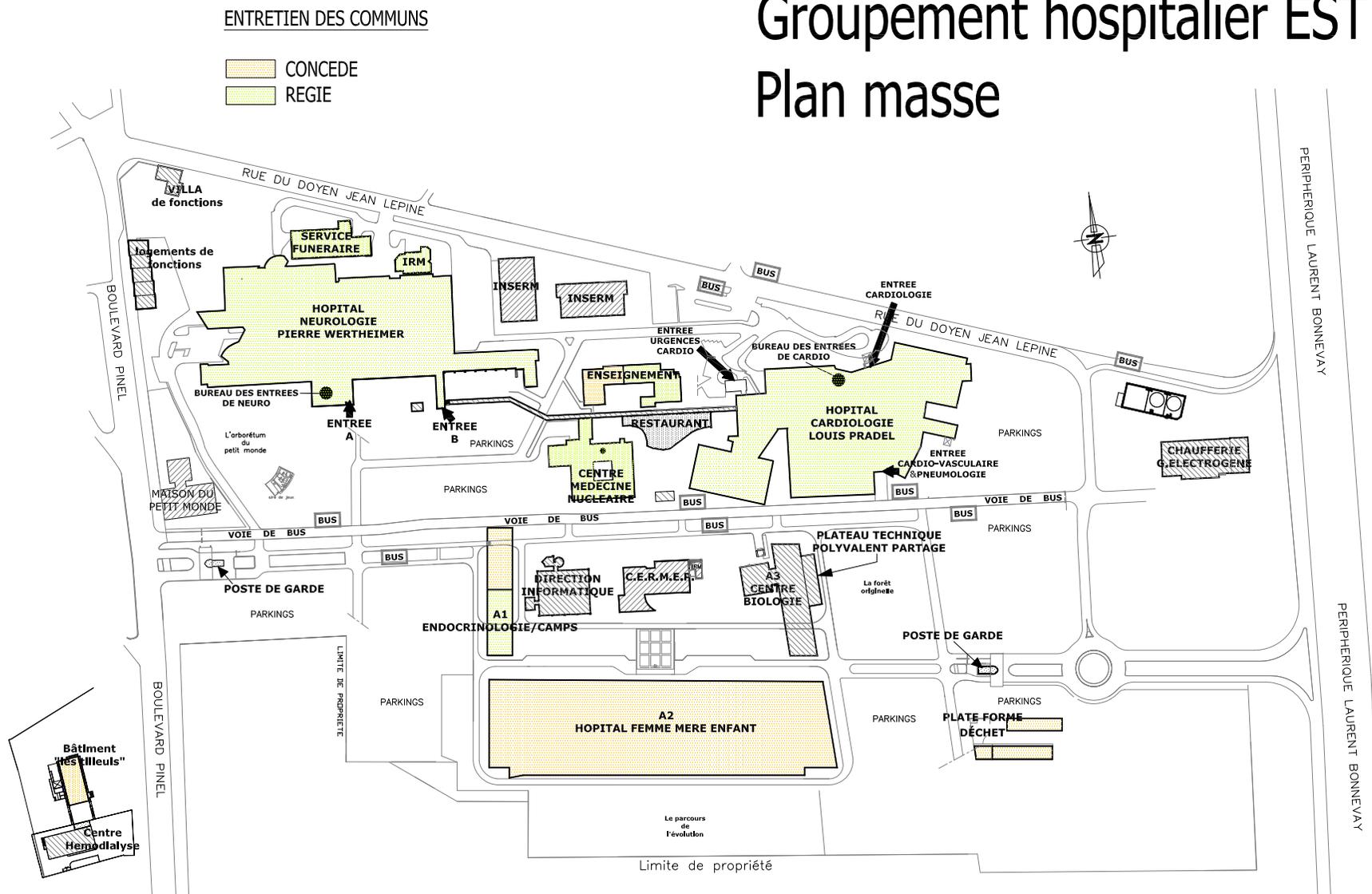
Annexe VIII : Classification des locaux par zones à risque adoptée aux HCL

Zone 1 Risque faible	Zone 2 Risque modéré	Zone 3 Haut risque	Zone 4 Très haut risque
Bureaux Services administratifs Services Techniques (maintenance) Maison de retraite non médicalisée Résidence pour personnes âgées	Halls Circulations Ascenseurs Escaliers Salles d'attente Consultation externe Salles de Rééducation fonctionnelle Maternité Unité d'hébergement pour personnes âgées Service de long et moyen séjour Maison de retraite médicalisée Psychiatrie Blanchisseries, Offices Dépositaires, Sanitaires	Soins intensifs Réanimation Urgences Salles de « petite chirurgie » Salles de soins post interventionnelle (salle de réveil) Salle de naissance Nurserie, Biberonnerie Pédiatrie Chirurgie Médecine Hémodialyse Radiologie Laboratoires Exploration fonctionnelle Salle d'autopsie Imagerie médicale interventionnelle Oncologie, Oncohématologie, Hématologie Hémodynamique Endoscopie	Néonatalogie Bloc opératoire Service de greffes Service de brûlés

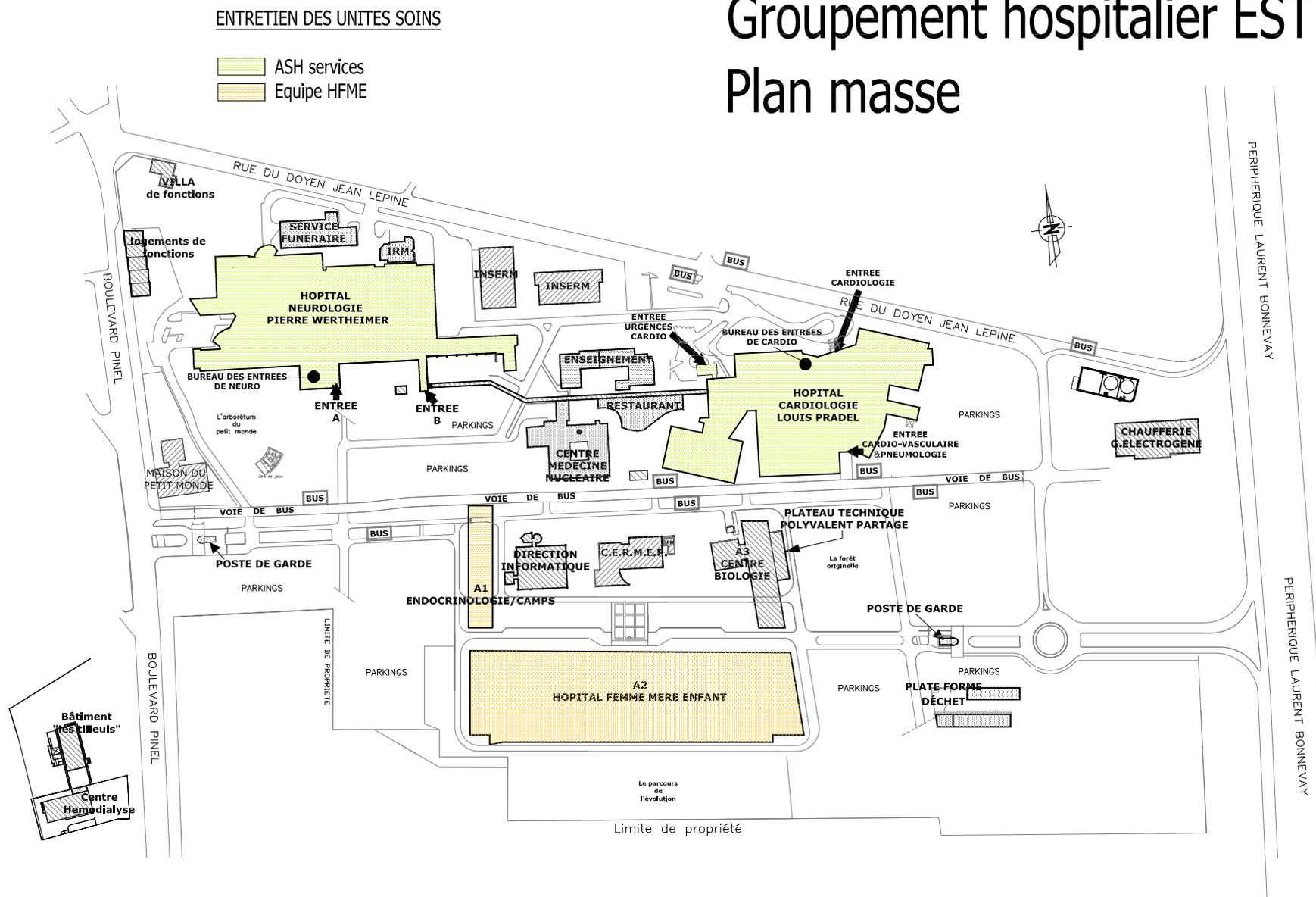
Répartition validée par le CLIN HCL le 22/11/2004

Groupement hospitalier EST

Plan masse



Groupement hospitalier EST Plan masse



Annexe XI : répartition des services étudiés par pôle

- **Pôle des Spécialités Neurologiques** : 8 unités de médecine neurologique, 7 unités de neurochirurgie, 1 unité de pédopsychiatrie, 1 bloc (10 salles opératoires et 1 salle de réveil), 1 service de réanimation neurochirurgicale, secteurs de consultations.
- **Pôle Cœur Poumon Métabolique** : 10 unités de cardiologie adulte et pédiatrique, 3 unités de pneumologie, 3 unités de chirurgie thoraco-pulmonaire et cardiaque, 1 unité de rééducation cardiaque, 1 unité de médecine nucléaire, 4 unités d'endocrinologie, bloc (8 salles de blocs opératoires et 1 salle de réveil), 2 unités de soins intensifs et réanimation, 1 consultation cardiologique d'urgence, secteurs de consultation
- **Pôle - Couple Nouveau Né** : 1 service de néonatalogie, 3 unités d'obstétrique et de suite de couches, 3 unités de gynécologie, 1 bloc de gynécologie-obstétrique (5 salles opératoires, 2 salles de césariennes, 8 salles d'accouchement, 2 salles de réveil), secteurs des consultations
- **Pôle de Spécialités Pédiatriques** : 1 service d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques, 9 unités de médecine pédiatrique, 2 unités de chirurgie pédiatrique, 1 unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique, bloc (10 salles et 1 salle de réveil), 1 unité de réanimation pédiatrique, 2 unités d'UHCD

Annexe XII : Profil de poste des ASD – hôpitaux cardiologique et neurologique

<p style="text-align: center;">HOPITAL NEURO-CARDIOLOGIQUE PROFIL DE POSTE GRADE : AIDE SOIGNANT(E) DIPLOME(E) à XXXX</p>
--

ETABLISSEMENT : Hôpital Neuro-Cardiologique.

SITE :

UNITE : XXXX

CHEF DE SERVICE : Professeur . XXXX

CADRE INFIRMIER : Madame. XXXXX

PRESENTATION DE L'UNITE

- Unité de XXXXX.
- Type d'hospitalisation : traditionnelle.
- Nombre de lits : XXX.
- Type de pathologies rencontrées : XXXXX.
- Mode d'admission des personnes : urgence ou programmé.
- Durée d'hospitalisation : de XXX jours à XXX mois.
- Projets du service : XXXX

EFFECTIF PARAMEDICAL

- Nombre d'IDE : XXX de jour + XX de nuit.
- Nombre d'ASD : XXX de jour + XXX de nuit.
- Nombre d'ASH : XXX
- Autres intervenants : Kinésithérapeute, Assistante Sociale, Secrétaire, Orthophoniste, Ergothérapeute, Diététicienne.....

DEFINITION GENERALE DE LA FONCTION

L'Aide Soignant(e) :

- Assure en collaboration avec l'Infirmier(e), sous sa responsabilité et son contrôle effectif, les soins d'hygiène et de confort des personnes hospitalisées
- Est responsable du nettoyage et de la désinfection quotidienne du mobilier, accessoires sanitaires ainsi que du nettoyage et de la désinfection globale de la chambre lors du départ du malade.
- Participe à l'entretien des locaux communs.
- Aide l'Infirmier(e) dans la réalisation des soins.
- Apporte son aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.
- Contribue au confort aussi bien psychique que physique de la personne hospitalisée.
- Participe à l'accueil de la personne hospitalisée et de sa famille.
- Participe à l'encadrement des nouveaux Aide-Soignant(e)s et élèves Aide-Soignant(e)s dans l'accomplissement de ces actes.

En tant que membre de la Direction des Soins, il participe :

- A la réalisation et au développement des projets du service.
- Aux conseils de pôle
- Aux formations lui permettant d'améliorer ses compétences.

PRINCIPALES TACHES DU POSTE

Accueil

- Du malade et de sa famille, des nouveaux collègues, des stagiaires....

Effectue les soins techniques relevant de sa compétence et délégués par l'Infirmier(e).

Hygiène

- Respect des protocoles d'hygiène en vigueur sur l'établissement :
 - Pour la prise en charge des personnes hospitalisées.
 - Pour l'hygiène de l'environnement immédiat du malade.
 - Pour l'entretien et la désinfection du matériel et des locaux communs.

Alimentation

- L'Aide Soignant(e) prend en charge la globalité du repas :
 - Commandes (restauration, diététique.....), préparation, installation, service, aide à la prise du repas, entretien de la vaisselle.....
 - Ecrit les observations concernant la prise du repas par le malade.

Gestion

- Des produits alimentaires, du linge, du magasin (commande, rangement).
- Participe à l'alerte dans le cadre de la matériovigilance.
- Encadrement des élèves Aide-Soignant(e)s.

COMPETENCES SOUHAITEES

- Respect de la personne soignée, des collègues et du matériel.
- Rigueur dans le travail.
- Adaptation aux différentes situations (charge de travail, urgence, absentéisme....).
- Utilisation rationnelle du temps de travail.
- Esprit d'observation et souci de transmissions.
- Patience et vigilance à l'égard de la personne soignée et de sa famille.
- Sens du service public.
- Sens critique constructif.
- Entraide au sein de l'équipe et avec les autres services.
- Collaboration interdisciplinaire.

CONDITIONS DE TRAVAIL

- Roulements sur XXX semaines.
- Amplitude horaire de 7 heures 45.
- Repos variables.

DIRECTION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS
Janvier 2004

Annexe XIII : Exemple de profil de poste ASH – Hôpitaux neurologique et cardiologique

Groupe Hospitalier EST HCL
PROFIL DE POSTE
Grade : Agent des Services Hospitaliers

ETABLISSEMENT : GHE HCL.

SITE :

PAM :

UNITE

CHEF DE SERVICE :

CADRE INFIRMIER :

Equipe Paramédicale effectif évoluant au fil du temps selon le nombre de lits et places ouverts

- - Nombre d'IDE
- Nombre d'ASD
- Nombre d'ASH :
- Autres intervenants :

Présentation de l'Unité

- Unité de :
- Type d'hospitalisation :
- Nombre de lits : de jour
- Type de pathologies
- Mode d'admission des personnes :
- Durée d'hospitalisation :
- Projet du service :

Définition de la fonction

- L'A.S.H. est un professionnel qui concourt avec l'ensemble de l'équipe au confort hôtelier de la personne hospitalisée et contribue à la lutte contre les infections nosocomiales.
- Il est soumis au secret professionnel et à l'obligation de réserve.
- En l'absence du Cadre il est placé sous la responsabilité de l'I.D.E.
- En tant que membre du service de soins infirmiers il participe :
 - ↳ A la réalisation et au développement des projets du service
 - ↳ Aux formations lui permettant d'améliorer ses compétences

Principales tâches du poste

- L'accueil et l'orientation des patients et des familles
- L'hygiène
 - ↳ Entretien complet de l'ensemble des locaux communs de l'unité de soins
 - ↳ En collaboration avec l'A.S. du secteur, il effectue l'entretien des sols et sanitaires des chambres des personnes hospitalisées
- L'hôtellerie
 - ↳ Participe, en collaboration avec l'A.S., aux tâches de restauration : mise en température des plats, aide à la distribution des repas, vaisselle,
- La gestion
 - ↳ Des produits alimentaires
 - ↳ Des produits permettant d'assurer l'hygiène des locaux, du linge
 - ↳ Participe à l'alerte dans le cadre la matériovigilance : signale au Cadre les produits défectueux, le fonctionnement incorrect de matériel
- Divers : ↳ Participe aux différents transports : examens dossiers, pharmacie.....

Compétences souhaitées

- ↳ Respect de la personne soignée
- ↳ Respect des lieux, du matériel
- ↳ Sens de l'organisation du travail : s'adapter à la charge de travail aux différentes situations
- ↳ Entraide au sein de l'équipe et entre services
- ↳ Tact et discrétion
- ↳ Patience et vigilance à l'égard de la personne soignée et de la famille
- ↳ Attitude positive au travail

Conditions de travail

- Roulements
- Contrat
- Horaire :
- Repos

DIRECTION DES SOINS - Avril 2007

Annexe XIV : Répartition des surfaces prises en charge par l'équipe logistique

Surfaces prises en charge par l'équipe Hygiène et propreté (m²).

	Hôpital neurologique	Hôpital cardiologique	Direction (Bât. A1)	Self	internat	TOTAL
Circulations	6 968,00	5 517,20	310,87			12 485,2
Bureaux	4 065,13	4 084,39	837,93		159,93	8 309,45
Archives	297,65	884,06				1 181,71
Vestiaires	429,32	366,54				795,86
Escaliers		1170,00				1170
Locaux déchets	37,20	93,35				130,55
Sanitaires	119,07	271,40				390,47
Chambres	31,00				520,20	5 510,2
Réfectoire				598,75		598,75
Service funéraire	650,00					650
TOTAL	12 597,37	12 386,94	1 148,80	598,75	680,13	<u>27 412</u>

Annexe XV : Profil de poste ASH des HCL

HOSPICES CIVILS DE LYON

PROFIL DE POSTE TYPE : AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS HYGIENE, ENTRETIEN DES LOCAUX DES UNITES ET SECTEURS DE SOINS

- GROUPEMENT HOSPITALIER :
- ETABLISSEMENT/SITE :
- UNITE/SECTEUR :

PRESENTATION DE L'UNITE OU DU SECTEUR ET SPECIFICITES

TYPE D'UNITES OU DE SECTEURS CONCERNES

- Unités et secteurs d'hospitalisations, de consultations, de blocs opératoires, de salles de réveil, d'accueil des urgences, d'imagerie.

FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'UNITE OU DU SECTEUR CONCERNE

MISSION PRINCIPALE ET DEFINITION GENERALE DE LA FONCTION

L'agent de service hospitalier est hiérarchiquement placé sous l'autorité du directeur de soins, du cadre supérieur et du cadre responsable de l'unité ou du secteur d'affectation ; il travaille au sein d'équipes pluriprofessionnelles, en collaboration avec le cadre de santé de l'unité ou du secteur de soins. Sa fonction s'exerce également en étroite collaboration avec les représentants de l'unité d'hygiène et d'épidémiologie du Groupement Hospitalier ou du site -dont le cadre de santé- dans le respect :

- ↳ de la politique générale de l'institution HCL du Groupement Hospitalier ou du site,
- ↳ de la réglementation et des recommandations du CLIN central et du Groupement Hospitalier en matière d'hygiène.

Il s'inscrit de façon opérationnelle dans le projet pour :

- ↳ Concourir à la prévention des infections nosocomiales, en veillant à l'observation des règles d'hygiène lors des phases de nettoyage et des phases de désinfection, dans le respect des protocoles préalablement définis.
- ↳ Participer au bien être et au confort hôtelier des patients.
- ↳ Concourir à l'image de marque de l'établissement hospitalier, en assurant quotidiennement l'entretien des différents secteurs de soins.
- ↳ Contribuer à la qualité de la prestation nettoyage.

ACTIVITES ET FONCTIONS PRINCIPALES DU POSTE

1° / ORGANISATION ET GESTION DE LA PRESTATION

Gestion de l'activité

Au regard de fiches de postes par secteur d'activité, il :

- Assure le nettoyage des sols de tous les locaux internes aux secteurs de soins sur lesquels il est affecté : chambres, box de consultation, salles de blocs opératoires, salles de réveil, préparations soins, retours soins, offices alimentaires, bureaux soignants, bureaux d'unités, sanitaires, vestiaires, salles d'attente, salles à manger, espaces de circulation intra services, etc.
- Assure le nettoyage de certains mobiliers ne faisant pas partie de l'environnement proche du patient (pris dans ce cas en charge par les ASD ou AP) :
 - fauteuils, chaises, tables, portes, télévisions, poignées, interrupteurs, placards des chambres etc.
 - des offices alimentaires, réfrigérateurs, lave-vaisselle, etc.
 - rayonnages des locaux de stockage, etc....
- Remplit les fiches de traçabilité pour les tâches périodiques.
- Assure l'entretien des salles de bains et des sanitaires du service.
- Assure à l'intérieur du secteur, l'évacuation des déchets.
- Assure quotidiennement l'entretien du matériel de nettoyage et en vérifie le bon fonctionnement.
- Assure annuellement le nettoyage à fond de tout le mobilier (sauf lit, chevet, adaptable) et en assure la traçabilité.
- Transmet les dysfonctionnements ponctuels (ampoules « grillées »).

Gestion de la prestation hygiène des locaux

- Est capable de s'organiser en fonction des fiches de postes et des contraintes ponctuelles auxquelles il s'adaptera.
- Applique les protocoles dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité.
- Utilise les produits adaptés et les modes opératoires.
- Utilise les machines mises à sa disposition (mono brosse, auto laveuse, nettoie vapeur etc.)
- Respecte les règles de vigilances environnementales et applique les protocoles qui y sont liés (travaux / prévention du risque aspergillose).

2° / INFORMATION – COMMUNICATION

- Prend connaissance de l'activité du secteur concerné : nombre de sorties, particularités du nettoyage de la chambre ou des autres types de locaux.
- Transmet et reçoit des informations orales et écrites fiables pour assurer la continuité de la prestation (fiche de tracabilité, matériel défectueux) en lien avec le cadre, les professionnels du secteur sur lequel il est affecté et ses collègues de travail.
- Prend part aux groupes de travail (référents en hygiène).
- Participe aux formations (journées d'hygiène).

3° / GESTION ECONOMIQUE

- Participe, en collaboration avec le cadre, aux choix du matériel.
- Utilise de façon rationnelle les produits et le matériel mis à disposition.
- Contribue à la maintenance du matériel et des locaux de rangement.

COMPETENCES/QUALITES REQUISES ET/OU APTITUDES A DEVELOPPER

TECHNIQUES

- Techniques de nettoyage et de désinfection au regard du secteur où le professionnel est affecté : emploi et dilution des produits, utilisation du matériel selon le « milieu conventionnel ou protégé ».
- Utilisation des différents matériels de nettoyage du secteur en fonction du travail à effectuer et des modes opératoires (aspirateurs à eau et poussières, auto laveuses).
- Entretien du matériel, établissement d'un premier diagnostic lors d'un dysfonctionnement et signalement au cadre.

ORGANISATIONNELLES

- Réagit aux aléas en analysant une situation avec logique et méthode.
- Prend des initiatives adaptées en cas d'absence de l'encadrement et sait en rendre compte.
- Participe à l'élaboration des protocoles, des modes opératoires, et à l'organisation de l'unité ou du secteur de soins.

RELATIONNELLES

- Travaille en équipe.
- Développe la notion d'appartenance à l'équipe de soins de son affectation et participe, pour la partie le concernant, aux réunions de services.
- Assure une approche bienveillante et respecte la personne hospitalisée ou consultante et ses proches.
- Fait preuve de tact et de discrétion.
- Respecte les règles de confidentialité.

ECONOMIQUES

- Participe à la gestion du matériel et des stocks de consommables nécessaires à sa fonction d'entretien.
- Intègre les contraintes des services prestataires.
- Évalue la qualité de son travail, prend connaissance des tableaux de bord et du suivi des indicateurs de bonnes pratiques.

CONDITIONS DE TRAVAIL

- Postes à repos variables.
- Horaires à préciser, selon le secteur d'activité :

Annexe XIV : Postes de travail de l'équipe centralisée d'entretien des locaux de l'HFME

Services	Etage	Secteur	Postes de travail								
			Semaine				Week-end				
			M	J	S	N	M	J	S	N	
Pédiatrie : pneumologie, gastro-entérologie	3	1	1		1			1		0,5	
Hôpital de jour/Consultations/explorations	3	1			2						
Pédiatrie : neurologie-néphrologie	5	1 bis	1		1			1		0,5	
EEG	5	1 bis			1						
Pédiatrie : psycho pathologie	6	1 bis	1		0,4			1		0,5	
Pédiatrie: endocrinologie, génétique, métabolisme	4	1 ter	1		1			1		0,5	
Consultations	4	1ter			1						
Bloc opératoire pédiatrie	1	2	1	0,8	1	0,2		1			0,2
Chirurgie orthopédique	1	2	1		1			1		0,5	
Chirurgie viscérale	1	2	1	0,2	1			1		0,5	
ACHA (15 places)	1	2			1						
Consultations pédiatriques	RDC	3	2		1						
Hospitalisations urgences pédiatriques	RDJ	4	1		1			1		1	
Accueil des urgences pédiatriques	RDJ	4	1		1	0,8		1		1	0,8
Imagerie	RDJ	4 bis	1		1					0,5	
Réanimation pédiatrique	1	4 bis	1,5		1			1		1	
Accueil gynécologie-obstétrique + bloc obstétrique	RDC	5	1	1	1	1		1		1	1
Bloc gynécologique	RDC	5	1	1							
Consultation gynéco-obstétrique + Médecine Reproduction	RDJ	6	2		1						
Obstétrique A	4	7	1	0,75	0,5			1	0,5	0,5	
Obstétrique B	4	7	1	0,75	0,5			1	0,5	0,5	
Grossesse pathologique	6	7	1,2		1			1		0,5	
Gynécologie A	5	8	1		1			1		0,5	
Gynécologie B	5	8	0,8		1						
Néonatalogie	3	9	1,5		1			1		1	
Rééducation	A1	6 bis	1,4								
pool			14,5								

Annexe XVII : Répartition des surfaces sous-traitées par site et par nature des locaux

Répartition des surfaces sous-traitées par site et par nature des locaux (m²)

	HFME	Internat	Bâtiment administratif A 1	UHIM et Service social (Bât. « Les Tilleuls »)	TOTAL
Bureaux	3822,51	1130,12	449,22	496,62	5 898,47
Circulations	9327,09	1130,12	200,88	264,86	10 098,43
Sanitaires	321,5	27,13	28,87	13,89	391,39
Vestiaires	362,34	0	0	0	362,34
Détente	147,54	0	0	0	147,54
Stockage	257,71	0	32,39	0	290,1
Escalier	1023,04	0	0	57,12	1080,16
Total	15 261,73	1 462,85	711,36	832,49	<u>18 268,43</u>

Annexe XVIII : Tableaux de comparaison effectifs réels / effectifs cibles

Hôpital cardiologique

ASH

Services	réel								ETP
	Semaine				Week-end				
	M	J	S	N	M	J	S	N	
C1		1							1,23
C2		1							1,23
C3		1							1,23
C4		1							1,23
C5	1*								0,61
C6		1							1,23
C7		1							1,23
C8		1							1,23
C9		1							1,23
C10		1							1,23
C11		1							1,23
C12	1								1,23
C13	1*								0,61
C14	1								1,23
C15	1								1,23

Services	Cibles								ETP	Dif.
	Semaine				Week-end					
	M	J	S	N	M	J	S	N		
C1	1				1				1,76	-0,53
C2	0,8								0,92	0,31
C3	1				1				1,76	-0,53
C4	1				1				1,76	-0,53
C5	1				1				1,76	-1,15
C6	1				1				1,76	-0,53
C7	1				1				1,76	-0,53
C8	1				1				1,76	-0,53
C9	0,8								0,92	0,31
C10	0,8								0,92	0,31
C11	1								1,76	-0,53
C12	0,8								0,92	0,31
C13	0,8								0,92	-0,31
C14	1				1				1,76	-0,53
C15	1				1				1,76	-0,53
										-4,99

AS D

Services	réel								ETP
	Semaine				Week-end				
	M	J	S	N	M	J	S	N	
C1	3		2	1	2		2	1	10,85
C2	1		1,4	1					4,74
C3	3		2	1	2		2	1	10,85
C4	3		2	1	2		2	1	10,85
C5	3		2	1	2		2	1	10,85
C6	3		2	1	2		2	1	10,85
C8	2	1	2	1	1,5		2	1	10,6
C10	2	0,4	2	1	2		2	1	10,09
C11	2		2	1					6,73
C12	2		2	0,5					5,84
C13	3		2	0,5	2		2	1	9,94
C14	2		2	1					6,73
C15	2		2	1					6,73
C16	3		2	1	2		2	1	10,85
C17	2	1	2	1	2		1,5	1	10,6

Services	Cibles								ETP	Dif.
	Semaine				Week-end					
	M	J	S	N	M	J	S	N		
C1	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
C2	1	1	1	1					5,49	-0,75
C3	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
C4	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
C5	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
C6	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
C8	2		2	1	2		1	1	9,08	1,52
C10	2	1	2	1	2		2	1	10,85	-0,76
C11	1	1	1	1					5,49	1,24
C12	1	1	1	1					5,49	0,35
C13	2	1	2	1	2		2	1	10,85	-0,91
C14	1	1	1	1					5,49	1,24
C15	1	1	1	1					5,49	1,24
C16	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
C17	2	1	2	1	2		2	1	10,85	-0,25
										2,92

ASH

Services	réel								ETP
	Semaine				Week-end				
	M	J	S	N	M	J	S	N	
Unité 1		1				1			1,76
Unité 2		1							1,23
Unité 3		1							1,23
Unité 4	1								1,23
Unité 5	1								1,23
Unité 6	1								1,23
Unité 7	1				0,5				1,51
Unité 8		1							1,23
Unité 9		1							1,23
Unité 10	1				0,5				1,51
Unité 11	1				1				1,76
Unité 12	1								1,23
Unité 13	1				0,5				1,51
Unité 14	0								0

Services	Cibles								ETP	Dif.
	Semaine				Week-end					
	M	J	S	N	M	J	S	N		
Unité 1	1				1				1,76	0
Unité 2	1				1				1,76	-0,53
Unité 3	0,5								0,61	0,62
Unité 4	1				1				1,76	-0,53
Unité 5	0,8				0,8				1,32	-0,09
Unité 6	1				1				1,76	-0,53
Unité 7	1				1				1,76	-0,25
Unité 8	1				1				1,76	-0,53
Unité 9	0,8								0,92	0,31
Unité 10	1				1				1,76	-0,25
Unité 11	1				1				1,76	0
Unité 12	0,8				0,8				1,32	-0,09
Unité 13	1				1				1,76	-0,25
Unité 14	0,5								0,61	-0,61
										-2,73

ASD

Services	réel								ETP
	Semaine				Week-end				
	M	J	S	N	M	J	S	N	
Unité 1	3		2	1	3		2	1	11,35
Unité 2	2	0,5	2	0,5	2		2	1	9,31
Unité 3	1		1	0,5					3,36
Unité 4	2	1	2	1	2		2	1	10,85
Unité 5	2		1,2	1	1		1,2	1	7,67
Unité 6	2		2	1	2		2	1	9,59
Unité 7	2		2	1	2		2	1	9,59
Unité 8	2,5		2	1	2		2	1	10,22
Unité 9	2		2	1					6,73
Unité 10	3		2	1	2		2	1	10,85
Unité 11	3		3	1	3		2	1	12,61
Unité 12	2	0,5	2	1	2		2	1	10,22
Unité 13	3		2	2	2		2	2	13,38
Unité 14	1		1	1					4,33

Services	Cibles								ETP	Dif.
	Semaine				Week-end					
	M	J	S	N	M	J	S	N		
Unité 1	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0,5
Unité 2	2	1	2	1	2		2	1	10,85	-1,54
Unité 3	1		1	0,5					3,36	0
Unité 4	2		2	1	2		1	1	9,08	1,77
Unité 5	1	1	1	1	1		1	1	7,32	0,35
Unité 6	2		2	1	2		1	1	9,08	0,51
Unité 7	2		2	1	2		1	1	9,08	0,51
Unité 8	2	1	2	1	2		2	1	10,85	-0,63
Unité 9	1	1	1	1					5,49	1,24
Unité 10	2	1	2	1	2		2	1	10,85	0
Unité 11	2	1	2	1	2		2	1	10,85	1,76
Unité 12	1	1	1	1	1		1	1	7,32	2,9
Unité 13	2	1	2	1	2		2	1	10,85	2,53
Unité 14	1		1	0,5					3,36	0,97
									143,8	10,87

ASH

Services	réel								ETP
	Semaine				Week-end				
	M	J	S	N	M	J	S	N	
HFME 1	1		1		1		1		3,52
HFME 2	1		1		1		0,5		3,27
HFME 3	1	0,2	1		1		0,5		3,52
HFME 4	1		1		1		0,5		3,27
HFME 5	1	0,8	0,5		1	0,5	0,5		3,84
HFME 6	1	0,8	0,5		1	0,5	0,5		3,84
HFME 7	1		1		1		0,5		3,27
HFME 8	1		1		1		0,5		3,27
HFME 9	0,8		1						2,26
HFME 10	1		1		1		0,5		3,27
HFME 11	1,2		1		1		0,5		3,52
HFME 12	1		0,4		1		0,5		2,52

Services	Cibles								ETP	Dif.
	Semaine				Week-end					
	M	J	S	N	M	J	S	N		
HFME 1	1				1				1,76	1,76
HFME 2	1				1				1,76	1,51
HFME 3	1				1				1,76	1,76
HFME 4	1				1				1,76	1,51
HFME 5	1				1				1,76	2,08
HFME 6	1				1				1,76	2,08
HFME 7	1,5				1,5				2,64	0,63
HFME 8	1				1				1,76	1,51
HFME 9	1								1,23	1,03
HFME 10	1				1				1,76	1,51
HFME 11	1				1				1,76	1,76
HFME 12	0,8				0,8				1,32	1,2
										18,34

Annexe XIX : Application de l'outil de simulation des coûts d'entretien des locaux hospitaliers de la MAINH aux surfaces actuellement en régie de l'HFME

LOCAL	LOCAL-TYPE	SURFACE en m ²			
		Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4
Bureau Bureau administratif Bureau accueil Salle de réunion Bibliothèque	Bureau			3419,94	
	Dont surfaces en moquette				
Archives Reserves Local technique	Technique	1922,25			
Hall d'accueil Hall principal Entrée principale	Hall	11,36			
Circulation Couloirs Paliers Galeries	Circulations horizontales			6721,52	
Escaliers Ascenseurs	Circulations verticales				
Salle d'attente Repos Salon	Salle d'attente		927,77		
Office Cuisine Tisannerie	Office		659,32	85,42	
Sanitaires Salle d'eau Douche	Sanitaires		732,76		
Vestiaires	Vestiaires		678,57		
Chambres Chambres simples Chambres doubles Box de réanimation Chambres de soins intensifs Boxes ambulatoires Box des Urgences	Chambres			7368,79	656,11
Chambre départ	<i>Nombre de sortants par jour</i>			129,00	3,00
Infirmierie Salle de soin Salle de plâtre Poste infirmier Cabinet dentaire Autopsie Salle médicale Salle de prélèvement Hémodialyse Salle de rééducation Salle de kiné	Soins			1555,99	165,08
Radio Scanner IRM Echographie Ostéodensitométrie	Examen			2991,82	
Pharmacie Stérilisation centrale Biberonnerie Nursérie	Médico-technique			615,33	
Salles d'opération Salle de surveillance post-interventionnel Arsenal stérile Salle de pré-anesthésie SAS du bloc	Bloc				1788,21
	Total	1933,61	2998,42	22758,81	2609,40
		30300,24			

Compte d'exploitation prévisionnel

Ce compte d'exploitation prévisionnel est bâti sur le même principe que celui que pourrait élaborer un professionnel du nettoyage. Il comprend 3 parties :

Masse salariale affectée au site

Nous évaluons le coût de la main d'œuvre :

* Equipe oeuvrante

Si en région parisienne

Issus du cahier des charges choisi :

Nombre d'heures **8553,50** /mois

Dont Heures dim&jf **725,28** /mois

Total masse salariale oeuvrante : **113 090,75 €** HT par mois

* Equipe d'encadrement (8% nb d'h oeuvrantes)

Vous ne souhaitez pas d'encadrement supplémentaire

Nombre d'heures 684,28 /mois

Heures dim&jf 58,02 /mois

Total masse salariale encadrement : **11 325,12 €** HT par mois

Total de la masse salariale : 124 415,88 € HT par mois

<i>Convention collective (valeur au 01/07/2009)</i>		AS3	CE2
Taux horaire		9,06 €	10,95 €
Majoration Dim	20%		
Ancienneté moyenne	2,50%		
Taux de charges moyen		40%	45%
Carte orange	30,00 €		
Primes divers	4%		

Moyens matériels

L'investissement en moyens matériels dépend évidemment de la structure de l'établissement. Nous pouvons cependant afin de faciliter les calculs prendre une moyenne de :

5% du chiffre d'affaires

Frais de structures et Marges

Les frais de structure et la marges sont variables en fonction du prestataire choisi, de sa structure d'encadrement et des services fonctionnels qu'il propose (pôle qualité, pôle sécurité, agence dédié à la Santé...). Ces frais fixes peuvent varier de :

12% à 17% du chiffre d'affaires

Budget prévisionnel du nettoyage TTC Annuel

De **2 151 345,37 €** à **2 289 252,12 €**